

ИСКУССТВО БЫТЬ ЗДОРОВЫМ



ИСКУССТВО БЫТЬ ЗДОРОВЫМ

Б. Д. КОМАРОВ
В. М. ЛЫКОВ

**ПОКА
«СКОРАЯ»
В ПУТИ**

Случилась
беда...
Дорога
каждая
минута.
Скорая
помощь
от «А» до «Я».
Набирая
«03»



PHOTOS BY ANDREY G AKA DONUT190

Б.Д. КОМАРОВ
В.М. ЛЫКОВ

**ПОКА
«СКОРАЯ»
В ПУТИ**

МОСКВА
«СОВЕТСКАЯ РОССИЯ»
1985

Художник Е. К. Самойлов

Комаров Б. Д., Лыков В. М.

К63 Пока «скорая» в пути. — М.: Сов. Россия, 1985. — 80 с. — (Искусство быть здоровым).

Брошюра члена-корреспондента АМН СССР директора Московского городского НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского Б. Д. Комарова и журналиста В. М. Лыкова расскажет о наиболее частых острых заболеваниях хирургического профиля, травмах, несчастных случаях и приемах оказания экстренной помощи в этих ситуациях, а также о состоянии и развитии в нашей стране специализированной службы скорой помощи.

К $\frac{4113000000-062}{M-105(03)85}$ 55—85

61

ОТ АВТОРОВ

У медиков бывают тяжелые дни и часы — когда они чувствуют, что бессильны перед болезнью, понимают, что человека можно было бы спасти, получи он необходимую помощь в первые секунды после несчастья. Но как часто, увы, тот, кто находится рядом с больным, теряется и не знает, что надо делать. Пусть же каждый из нас станет надежным помощником врачей!

Тупой нож, ржавая игла, работающий механизм могут стать причиной беды, если человек не знаком с элементарными правилами ее предупреждения и оказания первой медицинской помощи. Всем нам без исключения нужно знать эти правила и уметь применять их в случае необходимости: умело перевязать рану, наложить шины, транспортировать пострадавшего, а в критической ситуации воспользоваться приемами оживления организма. При этом следует всегда руководствоваться тремя испытанными заповедями: как можно быстрее остановить кровотечение и обеспечить пострадавшему полный покой, прекратить действие вредоносных факторов, немедленно вызвать «скорую помощь» или с соблюдением мер пре-

досторожности доставить пострадавшего в медицинское учреждение.

Цель настоящей книги — дать сжатую информацию о наиболее часто встречающихся повреждениях и внезапных заболеваниях хирургического профиля и объеме первой помощи при них, доступном каждому взрослому человеку. (Мы не касаемся здесь терапевтических заболеваний — стенокардии, инфаркта миокарда, острой пневмонии, острых отравлений, обмороков и т. д. — разговор о них впереди.)

«03» СЛУШАЕТ

Номер этого телефона — «03» — знают, как правило, с малых лет и помнят всю жизнь. Он может понадобиться неожиданно, когда случается беда и на счету минуты. Человек потерял сознание на улице. На работе стало плохо с сердцем. Ночью возникли резкие боли в животе. Кто с этим не сталкивался, кто не кидался к телефонному аппарату, чтобы набрать спасительное «03»? «Скорая слушает...» — раздается в трубке, и становится чуть-чуть спокойнее: сейчас помогут, вызволят из беды, спасут.

Скорая медицинская помощь — организация особая. Она нацелена на необычные, или, как говорят врачи, экстремальные ситуации, когда недуг принимает угрожающий характер. Поэтому развитию и совершенствованию этой службы в нашей стране уделяется первостепенное внимание. Сейчас нет такого города или поселка, который не располагал бы станцией, отделением или больницей скорой помощи. Принципиально новым этапом явилось создание больниц, объединенных со станциями. Это значительно повысило уровень оказания экстренной помощи, способствовало улуч-

шению условий для специализации и повышения квалификации врачей. Утверждена особая профессия: «врач скорой помощи». В настоящее время в СССР действуют свыше 4 тысяч станций и отделений скорой и неотложной помощи, где работает более 30 тысяч врачей. Успешно функционируют более 80 специальных больниц.

В своей работе станции скорой и неотложной медицинской помощи руководствуются следующими принципами: доступность, оперативность, бесплатность, полнота объема первой помощи, беспрепятственная госпитализация в профильные стационары.

Крупная станция скорой помощи — это сложное внебольничное медицинское учреждение, состоящее из отделов и подстанций. Одним из основных подразделений станции является оперативный отдел, от четкости работы которого зависит своевременный выезд бригад к внезапно заболевшим и пострадавшим. Отдел осуществляет прием вызовов и организует их исполнение. Вызовы от населения принимает эвакуатор по единому для всей страны телефону «03» и передает диспетчеру, который в свою очередь группирует наряды по срочности исполнения и районам поступления, а затем сообщает о них на подстанции выездным бригадам. Набирая «03», необходимо назвать свою фамилию, телефон, адрес, фамилию и возраст больного, кратко изложить, что с ним случилось. Эти сведения дают возможность определить, какая бригада (линейная или специали-

зированной) потребуется, и установить ближайшую подстанцию, которая ее направит.

Руководит всей оперативной деятельностью станции старший дежурный врач. Только он может принять решение об отказе в вызове, — разумеется, обоснованном — тому или иному лицу.

Обратим внимание читателя и на такую важную деталь. В зависимости от причины, повлекшей за собой вызов, наряды регламентируют и дифференцируют, и в первую очередь, спустя четыре минуты после вызова, выездные бригады направляются туда, откуда поступили сигналы о несчастном случае, болях в сердце, болях в животе, кровотечении, родах.

Отдел госпитализации ведет учет коечного фонда в городе и обеспечивает планомерную экстренную госпитализацию в соответствии с наличием свободных мест, профилем учреждения и местонахождением больного, выполняет заявки врачей больниц и поликлиник на перевозку больных в специализированные лечебные учреждения.

Отдел госпитализации рожениц и острых гинекологических больных осуществляет экстренную перевозку женщин, нуждающихся в родовспоможении и срочной гинекологической помощи. Он принимает заявки как от врачей лечебно-профилактических учреждений, так и непосредственно от населения. Наряды выполняют акушерки.

Инфекционный отдел занимается перевозкой острых инфекционных больных и ведает

распределением мест в инфекционных больницах. Имеет свой транспорт и выездной персонал.

Сведения о больных и пострадавших, доставленных в больницы машинами «скорой помощи», накапливает справочное бюро станции, которое дает справки как по телефону, так и при личной явке граждан.

Непосредственную помощь больным оказывают выездные бригады подстанций, находящихся в различных районах города. Время прибытия бригады в любую точку закрепленной зоны — не позднее 15 минут с момента получения вызова.

Бригады подразделяют на два вида: бригады скорой медицинской помощи и бригады перевозки больных в лечебные учреждения. В свою очередь бригады скорой медицинской помощи могут быть линейными и специализированными. К больным и пострадавшим выезжают кардиологические, противошоковые, токсикологические, травматологические, неврологические, акушерско-гинекологические, педиатрические бригады (врач и два фельдшера), бригады интенсивной терапии.

В среднем машина «скорой помощи» затрачивает на обслуживание одного вызова 38 минут.

В большинстве крупных населенных пунктов скорая медицинская помощь складывалась и развивалась по принципу территориального деления с учетом архитектурно-планировочного районирования. Этот принцип организации

предусматривает создание центральной станции скорой помощи и сети районных подстанций, которые дислоцируются по всей территории города с учетом численности населения, массового скопления людей, интенсивности движения транспорта:

В сельских районах служба скорой помощи строится по-разному, в зависимости от местных условий. Как правило, станция работает на правах отделения центральной больницы. Круглосуточно здесь дежурят несколько санитарных машин, вызовы выполняют как врачи, так и фельдшеры. Если населенные пункты удалены от районного центра, дежурные машины располагаются на территории участковых больниц и получают наряды по радиосвязи или телефону с районной станцией.

Деятельность станций скорой медицинской помощи регламентируется нормативными актами Министерства здравоохранения СССР. В зависимости от количества выездов, выполняемых за год, станции подразделяются на шесть категорий: внекатегорийная (свыше 100 тысяч выездов в год), первой категории (100—75 тысяч выездов), второй (75—50 тысяч выездов), третьей (50—25 тысяч выездов), четвертой (25—10 тысяч выездов) и пятой (10—5 тысяч выездов). Станции 3—5-й категорий размещаются при крупных городских и центральных районных больницах и работают на правах отделений.

Эффективность экстренной медицинской помощи во многом определяется оборудова-

илем санитарных машин и техническим оснащением выездных бригад. Сейчас на их вооружении находится современная портативная аппаратура: лечебно-диагностическая, наркозно-дыхательная. Широкое распространение получили аппараты для искусственной вентиляции легких, электрокардиографы, лабораторный инвентарь для экспресс-анализов. Инструменты, сильнодействующие медикаменты, перевязочный материал комплектуют в специальный переносный ящик-укладку.

Итак, «скорая медицинская помощь» — понятие собирательное, которое подразумевает, во-первых, материально-техническую базу (помещение, оборудование, штаты, транспорт), во-вторых, комплекс мероприятий по организации экстренной помощи и, в-третьих, методы и приемы оказания медицинской помощи в опасных для жизни человека ситуациях.

«Неотложными состояниями» мы называем такие патологические изменения в организме, которые приводят к резкому ухудшению здоровья, иногда угрожают жизни и, следовательно, требуют применения срочных лечебных мер. Формы экстренных патологических состояний схематично можно представить так:

существует реальная угроза для жизни;

реальной угрозы для жизни нет, но поскольку патологическое состояние прогрессирует, критический момент может наступить в любое время;

реальной угрозы для жизни нет, но при отсутствии экстренной помощи в организ-

ме могут произойти стойкие изменения; угрозы для жизни нет, но есть необходимость облегчить страдания больного.

От населения в 1000 человек за сутки поступает в среднем от 241 до 327 вызовов, причем мужчины прибегают к услугам скорой помощи в 1,5 раза чаще, чем женщины. На долю внезапных заболеваний приходится около 80 процентов всех вызовов, на долю несчастных случаев — до 10 процентов. Обращаться за скорой помощью заставляют преимущественно пять классов болезней — болезни системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, так называемые отдельные симптомы и четко обозначенные состояния. В основном вызовы при несчастных случаях и внезапных заболеваниях осуществляются сегодня из квартир. Второе место занимают уличные травмы.

В течение суток вызовы распределяются следующим образом: с 1 часу до 6 часов — минимальное количество обращений, с 16 до 23 часов — максимальное. Чаще всего люди обращаются за помощью зимой. Все эти факторы принимаются во внимание и при повседневной организации выездов к внезапно заболевшим непременно учитываются.

Заканчивая разговор о работе службы скорой помощи в нашей стране, нельзя не сказать о том, что современные достижения медицины и здравоохранения коренным образом повлияли на ее характер. Создание специализированных бригад, например, резко изменило

подход к лечению острого инфаркта миокарда. Научные исследования, проведенные в клиниках, позволили сделать вывод о возможности и целесообразности транспортировки больных инфарктом миокарда независимо от сроков и тяжести заболевания, что привело к резкому снижению смертности при кардиогенном шоке. Решаются вопросы создания специализированных центров реанимации по лечению ишемической болезни сердца, отравлений и т. д. Предложены новые специфические способы и методы оказания первой помощи.

При Академии медицинских наук СССР функционирует научный совет «Скорая и неотложная медицинская помощь», задача которого — дальнейшее совершенствование теории в области неотложных состояний. В составе совета работают две самостоятельные проблемные комиссии «Научные основы скорой медицинской помощи» и «Научные основы реаниматологии». Главными учреждениями этих комиссий являются Московский городской научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского и научно-исследовательская лаборатория общей реаниматологии АМН СССР. Ученые этих и других учреждений успешно ведут изыскания по целому ряду направлений: изучение и научное обоснование объема и характера скорой медицинской помощи в городах различного типа, определение потребности населения в различных видах скорой и неотложной помощи, совершенствование организационных форм ра-

бо
ри
зд
уч
Н.
то
дин

люб
вел
зло
нов
слу
апп
сро
вите

Ч
мощь
кресто
дет в
тех са
для па
менен
ици» не
состоя
знать
ных ме
ных по
требую
вмешате

боты станций скорой помощи и т. д. Важным рычагом ускорения научного прогресса в здравоохранении явилось создание на базе научно-исследовательского института имени Н. В. Склифосовского Всесоюзного научно-методического центра по организации скорой медицинской помощи в стране.

За скорой помощью можно обратиться в любое время суток, она доступна всем. Это великое наше достижение. Однако некоторые злоупотребляют им без достаточных на то оснований. Надо помнить, что скорая помощь — служба, рассчитанная на экстремальные ситуации, а это значит, что она в минимальный срок должна успевать к тем, кто в ней действительно нуждается.

ШАГ НАВСТРЕЧУ

Человеку срочно нужна медицинская помощь. Набран номер «03». Машина с красным крестом выехала по вызову. Сколько она будет в пути? Пять, десять, пятнадцать минут — тех самых роковых минут, которых достаточно для наступления в организме необратимых изменений. Поэтому до прибытия «скорой помощи» необходимо сделать все, чтобы облегчить состояние пострадавшего. А для этого надо знать технику выполнения самых элементарных медицинских манипуляций при различных повреждениях и внезапных заболеваниях, требующих незамедлительного медицинского вмешательства.

Искусственное дыхание и непрямой (закрытый) массаж сердца. После тяжелых травм и большой потери крови у человека может внезапно остановиться сердце и прекратиться дыхание. Чтобы вернуть его к жизни, нужно воспользоваться методами искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.

Пострадавшего укладывают на спину, расстегивают воротник и пояс, рот и нос покрывают платком. Оказывающий помощь опускается на колени, поддерживает одной рукой шею пострадавшего, другую кладет ему на лоб и максимально запрокидывает его голову назад; делает глубокий вдох, плотно зажимает нос пострадавшего, а затем, прижимая свои губы к его губам и с силой вдывает воздух в легкие до тех пор, пока грудь не начнет подниматься. В минуту производят 16 таких вдуваний. Если челюсти пострадавшего не удается раздвинуть, то пользуются способом «из рта в нос», то есть вдувание производят через нос, закрыв при этом рот пострадавшего ладонью.

После вдувания производят 4—5 надавливаний на грудную — осуществляют наружный массаж сердца. Для этого нащупывают нижний конец грудины, на два пальца выше ее кладут левую ладонь, а на нее — правую и ритмично сдвигают грудную клетку, производя 60—70 надавливаний в минуту. При надавливании на область сердца происходит уменьшение объема его полостей и повышение внутрисердечного давления. Благодаря разни-

це давления в полостях сердца и отходящих от него кровеносных сосудах, кровь изливается в аорту и легочные вены. При расправлении сердца объем его увеличивается, внутрисердечное давление снижается, и сердце заполняется кровью из входящих в него сосудов. Так с помощью массажа создается искусственное кровообращение. Реанимационные мероприятия проводят до появления самостоятельного дыхания и сердцебиения.

Остановка кровотечения. Чем опасно кровотечение? По сосудам нашего организма циркулирует около 5 литров крови. Каждое мгновение ткани получают необходимое количество важных для их жизнедеятельности веществ. Стоит только на минуту прекратить кровоснабжение, как наступит смерть. Потеря одного литра крови уже представляет опасность для жизни. Кровотечение — грозное осложнение ранений, поэтому независимо от его вида (артериальное, венозное, капиллярное) пострадавшего укладывают в горизонтальное положение. Для остановки наружного кровотечения используют различные способы.

Обработка ссадин и ран. Цель обработки — остановить кровотечение и защитить рану от проникновения инфекции. Небольшие раны и ссадины промывают трехпроцентным раствором перекиси водорода; образовавшуюся пену удаляют марлевым тампоном от периферии к центру. Волосы вокруг раны сбривают, края раны смазывают йодной настойкой, а затем накладывают повязку. Для введения противо-

или ручку и с ее помощью закручивают жгут до полной остановки кровотечения; после этого палочку прибинтовывают к конечности. Жгут резко сдавливает ткани и поэтому вызывает неприятное ощущение и беспокойство у больных; через каждые 20—30 минут следует ослаблять его, чтобы частично возобновить местное кровообращение. Перед ослаблением жгута артерию прижимают пальцами выше места ранения. Под жгут обязательно кладут записку, указав в ней точное время его наложения, так как держать его можно не более двух часов, в противном случае возможно омертвление тканей.

Наложение бинтовых повязок. Основная цель повязок — защитить раневую поверхность от загрязнения и инфекции, остановить кровотечение, ограничить подвижность травмированных частей тела и тем самым ослабить болевые ощущения. Выбор вида повязки зависит от состояния пострадавшего, характера и размера раны, ее локализации, а также имеющегося подручного материала. При бинтовании соблюдают ряд правил:

бинтуемая часть тела должна быть неподвижна и находиться в среднем физиологическом положении (пальцы фиксируют в положении легкого сгибания, локтевой сустав бинтуют под прямым углом, плечо — при небольшом отведении от туловища, тазобедренный и коленный суставы — в чуть согнутом положении, стопу фиксируют под прямым углом к голени);

бинтование ведут слева направо, снизу вверх;

каждый тур бинта должен закрываться последующим ходом наполовину; повязка закрепляется тем же бинтом, конец которого разрывают по длине и оба конца связывают на здоровой стороне.

Наложение шин (иммобилизация). При переломах, ранениях, ожогах конечностей большое значение имеет транспортная иммобилизация: она придает травмированной части тела неподвижность, уменьшает боль, исключает дальнейшую травматизацию, служит хорошим средством профилактики шока. В качестве шин используют доски, проволоку, дощечки, картон и т. д. При наложении руководствуются правилом фиксировать два сустава, выше и ниже перелома. На открытый перелом предварительно накладывают повязку. Шинирование производят непосредственно на месте происшествия, осторожно, не причиняя человеку дополнительных страданий, и только после этого пострадавшего перепосылают или транспортируют. Для крепления шин применяют поясные ремни, галстуки, носовые платки и т. д. Шины удобнее накладывать вдвоем.

Снятие одежды и обуви с пострадавших. Во многих случаях первая медицинская помощь начинается со снятия одежды и обуви. Без этого нельзя определить характер и место повреждения, остановить кровотечение. Одежду снимают со здоровой стороны: например,

если
вобой
не,
При
резаю
сту
часть
При
разре
вую о

Пе
медици
срочно
а вызв
в силу
В этом
бережн
повреж
По ле
перенос
наибол
ставят
на. Под
Все оказ
сторону,
носилки.
лову и
тед и вер
и голени
одновремен
перепосыт
жимают к
дают нахо

Если травмирована левая рука, то сначала освобождают правую. Если ткань прилипла к ране, ее не отрывают, а обрезают вокруг раны. При сильном кровотечении одежду быстро разрезают, чтобы иметь свободный доступ к месту повреждения, при этом травмированную часть тела осторожно поддерживает помощник. При серьезных травмах голени и стопы обувь разрезают по шву задника, освобождая в первую очередь пятку.

Переноска пострадавших. Оказав первую медицинскую помощь, человека необходимо срочно доставить в медицинское учреждение, а вызвать машину «скорой помощи» иногда в силу ряда причин бывает затруднительно. В этом случае пострадавшего надо поднять — бережно, без резких движений, поддерживая поврежденную часть тела, а затем переносить. По легкопроходимым местам пострадавших переносят на носилках, которые обеспечивают наиболее удобное положение тела. Носилки ставят с той стороны тела, которая повреждена. Поднимать пострадавшего лучше втроем. Все оказывающие помощь становятся на одну сторону, противоположную той, где находятся носилки. Один человек подводит руки под голову и лопатки больного, другой — под крестец и верхнюю часть бедер, третий — под бедра и голени. Подъем и опускание осуществляют одновременно. Пострадавшего, как правило, переносят ногами вперед, руки его плотно прижимают к бедрам. Идущие впереди предупреждают находящихся сзади о всех препятствиях,

встречающихся на пути. При подъеме в гору или по лестнице пострадавшего несут головой вперед, при спуске — наоборот. Лиц с поврежденными копечностями перепосят следующим образом: при подъеме — ногами вперед, при спуске — наоборот.

При отсутствии носилок и подсобного материала для их изготовления, пострадавших доставляют к транспортному средству на одеялах или простынях. В зимнее время можно применять лыжи, санки и т. д.

Пострадавшего может переносить и один человек, который подводит правую руку под ягодицы больного, а левой — поддерживает его спину. В таком положении пострадавшего поднимают и перепосят к машине. Для переноски на большое расстояние используют импровизированные лямки.

Транспортировка пострадавших. Путь в медицинское учреждение избирают по возможности короткий, без лишних поворотов и остановок. Длинная дорога, неравномерный ход машины, резкая тряска приводят к усилению болей, вызывают чувство страха, рвоту, головокружение, сердцебиение, учащение дыхания. Неудобства перевозки должны быть сведены к минимуму. Транспортируют пострадавшего в машине, как правило, в горизонтальном положении, на спине, слегка приподняв ему голову. Лиц с повреждением головы, напротив, укладывают без подголовника, голову поворачивают набок и фиксируют одеждой, во время езды по неровной дороге ее поддерживают

рукам
таза и
дываю
фанера
мощью
них и
возмож
вывихе
лик, сде

Поми
пострада
гие вид
травмиро
максима

Нереди
чался... и
цвете сил
нельзя бы
чудо, и
Процесс у
мощность
том, что с
после пре
важных фу
вопросами
логией. В с
временные
патолофизиоло

руками, оберегая от толчков. При переломах таза или позвоночника пострадавшего укладывают на твердую поверхность (щит, доски, фанера) и также фиксируют положение с помощью одежды. При переломах костей верхних и нижних конечностей транспортировка возможна только после наложения шин. При вывихе бедра под колено подкладывают валик, сделанный из одеяла или верхней одежды.

Помимо автомобилей, для транспортировки пострадавших можно использовать любые другие виды транспорта, важно при этом, чтобы травмированным частям тела был обеспечен максимальный покой.

ЖИЗНЬ ПОСЛЕ СМЕРТИ

Нередко слышишь — скоропостижно скончался... и удивляешься: человек в полном расцвете сил, не болел, и вдруг... Неужели ничего нельзя было сделать? Иногда врачи совершают чудо, и умирающий возвращается к жизни. Процесс умирания чрезвычайно сложен, и возможность оживления организма основана на том, что смерть никогда не наступает сразу после прекращения деятельности жизненно важных функций. Наука, которая занимается вопросами оживления, называется реаниматологией. В своих выводах она опирается на со временные достижения биологии, физиологии, патофизиологии, хирургии, акушерства и гине-

кологии, терапии, анестезиологии, практики скорой и неотложной помощи.

В течение тысячелетий смерть связывали с остановкой дыхания и кровообращения, потерей сознания. Последний вдох и последний удар сердца рассматривались как безусловный признак перехода живого существа в иное состояние. Теперь об истинной смерти судят не по остановке дыхания и кровообращения, а по возникновению в организме, главным образом в мозге, несовместимых с жизнью необратимых нарушений.

Переход от жизни к смерти, таким образом, составляет несколько этапов: агония, клиническая смерть, биологическая смерть. Признаки агонального состояния — резкая бледность кожных покровов, зрачки расширены, дыхание аритмичное, судорожное, сознание затемнено, кровяное давление не определяется, пульс не прощупывается. После агонии наступает клиническая смерть, которая характеризуется отсутствием симптомов сердечной и дыхательной деятельности. Кожные покровы холодные и бледные, зрачки расширены, на свет не реагируют. Клиническая смерть длится 5—7 минут, и если мероприятия по оживлению не достигли цели, она переходит в биологическую смерть, при которой в организме уже происходят необратимые процессы — оживить человека нельзя. Знают, наиболее благоприятные минуты для оживления — те, что следуют сразу же за прекращением дыхания и сердцебиения.

В различных условиях, при различных тем-

пера
ков.
бол
лени
прак
жизн
смерт
щени
стано
чае д
смерт
ется. I
сердца
ший
после 8
Гов
смерти
рпод пр
органи
тем, ка
ные ве
жизнеде
реанима
тивны п
клиниче
Реали
говыше
тому го
гипотерм
мин, когд
ма, мозг
рпод к
полного

пературах срок клинической смерти не одинаков. Существенное значение имеет возраст больного. У пожилых людей надежды на оживление гораздо меньше, чем у молодых, — из практики известно, что удавалось вернуть к жизни детей после 8—10 минут клинической смерти. Напротив, если органы и ткани истощены (например, после долгой болезни), они становятся нежизнеспособными, и в этом случае даже после одной минуты клинической смерти оживить организм, как правило, не удастся. В то же время после внезапной остановки сердца, например при электротравме, пострадавший может рассчитывать на спасение даже после 8—9 минут клинической смерти.

Говоря о продолжительности клинической смерти, надо, однако, иметь в виду, что в период проведения реанимационных мероприятий организм получает, хотя и искусственным путем, какое-то количество кислорода и питательные вещества, необходимые для поддержания жизнедеятельности мозга. Поэтому нередко реанимационные мероприятия бывают эффективны и по истечении 20—30 минут с момента клинической смерти.

Реальный путь удлинения ее срока — это повышение устойчивости организма к кислородному голоданию с использованием методов гипотермии (охлаждения). В условиях гипотермии, когда снижен жизненный тонус организма, мозг может пережить более длительный период кислородного голодания даже после полного прекращения кровообращения. При

гипотермии средней глубины (снижении температуры тела до $26-20^{\circ}\text{C}$) удается удлинить срок клинической смерти до 30 минут.

В связи с тем что основной причиной развития терминальных (конечных) состояний является гипоксия (кислородное голодание), все терапевтические мероприятия направляются на улучшение кровообращения и дыхания. Специалисты справедливо считают искусственное дыхание и непрямой массаж сердца, с которыми мы уже познакомили читателя, первыми и самыми важными шагами на пути к оживлению. И проводить их нужно немедленно, как только прекратилось самостоятельное дыхание.

Об эффективности, а следовательно, правильности реанимационных мероприятий свидетельствуют следующие признаки: суживаются зрачки, розовеет кожа, на артериях появляется пульс, возникают слабые дыхательные движения. Основной показатель эффективности прямого массажа сердца — уровень артериального давления. В настоящее время известно, что жизнеспособность коры головного мозга сохраняется в том случае, если максимальное кровяное давление удерживается на уровне 80—90 мм ртутного столба. При более низких цифрах можно восстановить сердечную и дыхательную деятельность, но человек в сознание не приходит.

Владея методами реанимации, каждый из нас может спасти жизнь пострадавшему. К сожалению, мысль о пятиминутном сроке клинической смерти некоторых расхолаживает: мол,

что мож
надо за
предел,
При нем
сердца
ший пер

Этого
«скорая»

В наст

самое ш
врачи, фе
ста прои
ные бри
крупных
ные отде
В центрах
и практич
функциона
логии АМ
ветским у

Восстан
деятельнос
человека. И
ниями, воз
И ведется с
ционного от
рых принци

Гемосоре
рушает обм
к накоплени
токсических
жесть состоя
это способ о

3 Заказ 7

что можно сделать за это время? Однако не надо забывать: пять минут — это жизненный предел, если никакие меры не принимаются. При немедленно же начатых паружном массаже сердца и искусственном дыхании пострадавший переживает не 5 минут, а иногда более 30.

Этого часто бывает вполне достаточно — ведь «скорая» уже в пути...

В настоящее время методы оживления нашли самое широкое распространение. Им владеют врачи, фельдшеры, медицинские сестры. На места происшествий выезжают специализированные бригады скорой помощи. Почти во всех крупных больницах организованы реанимационные отделения и палаты интенсивной терапии. В центрах реанимации ведется большая научная и практическая работа. С 1936 года активно функционирует лаборатория общей реаниматологии АМН СССР, возглавляемая известным советским ученым академиком В. А. Неговским.

17 Восстановление сердечной и дыхательной деятельности — первый этап в борьбе за жизнь человека. Второй этап — это борьба с осложнениями, возникающими в оживающем организме. И ведется она врачами уже в условиях реанимационного отделения. Расскажем лишь о некоторых принципах постреанимационной терапии.

Гемосорбция. Клиническая смерть резко нарушает обмен веществ в организме и приводит к накоплению в различных органах и тканях токсических продуктов, которые усугубляют тяжесть состояния пострадавшего. Гемосорбция — это способ очищения крови от вредных веществ.

Через аппарат, заполненный адсорбентом, пропускают кровь, токсические продукты при этом оседают на адсорбенте, а очищенная кровь поступает в организм, в результате чего нормализуется обмен веществ и восстанавливаются функции центральной нервной системы. Метод разработан академиком АМН СССР Ю. М. Лопухиным.

Искусственная почка. При терминальных состояниях нередко возникает острая почечная недостаточность, приводящая к накоплению в организме шлаков и излишней жидкости. Эффективным методом предупреждения и устранения этого нарушения служит применение аппарата «искусственная почка». С его помощью кровь удается очистить от шлаков через 5—6 часов.

Гипербарическая оксигенация. При неотложных состояниях уменьшается количество гемоглобина в крови и нарушается поступление кислорода в ткани. Для профилактики и лечения кислородной недостаточности применяют метод гипербарической оксигенации — ингаляцию кислорода под повышенным давлением. Больного помещают в специально сконструированную герметическую барокамеру, где он находится в среде чистого кислорода под давлением в 3 атмосферы.

В нашей стране при Всесоюзном научном центре хирургии АМН СССР функционирует самый крупный в Европе центр гипербарической оксигенации.

К реанимационным мероприятиям чаще все-

го при
нией, у
Зам

виях пи
Смерть

когда те
жизнь о

ператур
Сим

мая сонл
движен

лая речь
жительно

На фоне
потеря чу

кий, слаб
ное. При

виваются
тельная д

Перв
ленно согр

все тело.
При отсут

бутылками
в сознании

кофе. При
тельности

кусственно
реанимаци

кожных по
щений и п

дыхания, с

бокний сон п

го прибегают при замерзании, поражении молнией, удушении, утоплении, электротравме.

Замерзание. Длительное пребывание в условиях низких температур приводит к замерзанию. Смерть человека может наступить в случаях, когда температура тела достигает $20-25^{\circ}\text{C}$, хотя жизнь отдельных клеток сохраняется и при температуре $+2$ градуса.

Симптомы. Общая слабость, непреодолимая сонливость, снижение памяти, скованность движений, маскообразное выражение лица, вялая речь. Тяжесть состояния зависит от продолжительности воздействия низкой температуры. На фоне ее понижения возникают бред, эйфория, потеря чувствительности и сознания. Пульс редкий, слабого наполнения, дыхание поверхностное. При отсутствии своевременной помощи развиваются судороги, падает сердечная и дыхательная деятельность, наступает смерть.

Первая помощь. Пострадавшего немедленно согревают. Ладонью энергично растирают все тело. Помещают в ванну с теплой водой. При отсутствии ванны обкладывают грелками, бутылками с горячей водой. Если пострадавший в сознании, дают немного вина, горячий чай или кофе. При нарушении дыхания и сердечной деятельности делают непрямой массаж сердца, искусственное дыхание. Признаки эффективности реанимационных мероприятий: покраснение кожных покровов, появление сердечных сокращений и пульса на артериях, возобновление дыхания, сильный озноб. В дальнейшем — глубокий сон при спокойном дыхании и нормальной

окраске кожи. Во всех случаях замерзания стремятся как можно быстрее доставить пострадавшего в больницу. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Профилактика. При длительном воздействии низких температур стараются по возможности тепло одеться, периодически принимать внутрь горячий чай или кофе, избегать употребления алкогольных напитков.

Поражение молнией. Речь идет о воздействии на человека мощного разряда атмосферного электричества.

Симптомы. В легких случаях пострадавшие жалуются на резкую головную боль, нарушение чувства равновесия, резь в глазах, снижение зрения, расстройство слуха. Тяжелые характеризуются потерей сознания, парезом (от греческого *paresis* — ослабление) конечностей, судорогами, нарушением сердечной и дыхательной деятельности. При прямом попадании молнии может наступить мгновенная смерть.

Первая помощь. Пострадавшего укладывают в горизонтальное положение, обеспечивают доступ свежего воздуха, расстегивают ворот и пояс. Вызывают «скорую помощь». В легких случаях дают успокаивающие капли, таблетку аналгина. Участки кожи, пораженные электричеством, смазывают спиртом или йодной настойкой. Нельзя закапывать пострадавшего в землю — это ничего не даст, по лишне оттягивает время оказания первой помощи. В тяжелых случаях делают искусственное дыхание, непрямой массаж сердца до восстановления дыха-

хате
вают
ние.
лежа

П
следу
виться
ют ле
и рас
и эле

Эле

ставля
110 в.

также
произо
тока. П
жениям
приводя
прибор
сти. Че
ление ор
тем тяж

Сим
проявля
ляцией —
ных воло
Однако
ство или
ях — обм
сти, синю
тока заме
пятна, ож
Перв

хательной и сердечной деятельности. Обеспечивают госпитализацию в реанимационное отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Профилактика. Во время грозы не следует находиться на открытом поле, становиться под одиночные деревья. Грозу пережидают лежа на земле. В квартирах закрывают окна и располагаются подальше от газовой плиты и электрических проводов.

Электротравма. Опасность для жизни представляет ток силой 100 ма при напряжении 110 в. Значение имеет не только сила тока, но также состояние организма, условия, в которых произошла электротравма, пути прохождения тока. Практика показывает, что к электропоражениям в быту и на производстве чаще всего приводят использование неисправных электроприборов и пренебрежение техникой безопасности. Чем сильнее ток, чем меньше сопротивление организма (например, при влажной коже), тем тяжелее электротравма.

Симптомы. Поражающее действие тока проявляется мгновенно, когда вслед за фибрилляцией — беспорядочным сокращением мышечных волокон сердца — наступает его остановка. Однако главным симптомом является расстройство или отсутствие дыхания. В легких случаях — обморок, нарушение сердечной деятельности, сплюснутость лица. В местах входа и выхода тока заметны характерные признаки: белые пятна, ожоговые струпы.

Первая помощь. Успех оживления при

электротравме зависит от того, как скоро была оказана первая помощь. Особенно она эффективна, если начата не позднее 1—2 минут после несчастного случая. Объем реанимационных мероприятий зависит от состояния пострадавшего. В первую очередь следует освободить его от действия электрического тока (выключить рубильник, вывинтить предохранитель, оборвать провод сухой палкой, соблюдая меры предосторожности). При наличии дыхания и пульса пострадавшему придают горизонтальное положение, укутывают, дают горячий крепкий чай или кофе. Следят, чтобы больной не встал, тем более не начал работать. Воздействие электрического тока вызывает заметные нарушения кровообращения и обменных процессов, а потому не исключено, что состояние пострадавшего может ухудшиться. При отсутствии признаков жизни проводят искусственное дыхание способом «изо рта в рот», непрямой массаж сердца. Реанимацию не прекращают до восстановления дыхания и сердцебиения. Госпитализация в реанимационное отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Профилактика. Наиболее действенное средство — соблюдение правил техники безопасности при работе с электроустановками. Необходимо также всячески ограничивать доступ детей к электроприборам.

Удушье. При удушении происходит полная или частичная закупорка дыхательных путей и резкое нарушение мозгового кровообращения.

ция. Тяж
сдавления
Сим
сознания,
реагирую
одутловат
нут. Пуль
ше и дефе
вие дыха

Перва
придают го
очищают с
водят иску
саж сердца
отделение.

ложении ле

Утоплени

ёсего проис
голя или об
ха. Смерть н
шая в легки
них воздуха
кожи). Знач
голосовой ще
воздух, ни во
наступает ост
логические на
йущих в пре
изменений, ко
ской воды. Пр
тивно перехо
разжижению и
аритроцитов —

ния. Тяжесть состояния зависит от длительности сдавления шеи.

Симптомы. Пострадавший находится без сознания, или сознание спутанное. Зрачки не реагируют на свет. Дыхание нарушено. Лицо одутловатое, темно-багрового цвета, язык высунут. Пульс частый. Непроизвольное мочеотделение и дефекация. В тяжелых случаях — отсутствие дыхания и сердцебиения.

Первая помощь. Телу пострадавшего придают горизонтальное положение, полость рта очищают салфеткой от слизи и немедленно проводят искусственное дыхание и непрямой массаж сердца. Госпитализация в реанимационное отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Утопление. Несчастные случаи на воде чаще всего происходят под действием принятого алкоголя или обильной еды, сильной усталости, страха. Смерть наступает вследствие того, что попавшая в легкие вода препятствует поступлению в них воздуха (внешний признак — сипюшность кожи). Значительно реже происходит спазм голосовой щели, когда в легкие не попадают ни воздух, ни вода. После прекращения дыхания наступает остановка сердца. Заметим, что патологические изменения в организме людей, утопивших в пресной воде, заметно отличаются от изменений, которые вызываются действием морской воды. Пресная вода, попадая в легкие, активно переходит в кровь, что приводит к ее разжижению и развитию гемолиза (разрушению эритроцитов — переносчиков кислорода из лег-

ких в ткани). Морская же вода, попавшая в легкие, повышает давление в альвеолах, в результате чего жидкая часть крови вместе с белками переходит в легкие — развивается отек легких. В подобных случаях, помимо реанимационных мероприятий, необходима терапия по ликвидации отека легких, которая проводится врачом «скорой помощи» или реанимационного отделения.

Оживление утонувшего возможно лишь в том случае, если он пробыл под водой не более пяти минут и если реанимационные мероприятия начаты незамедлительно.

Симптомы. Лицо бледное или синюшное. Дыхание или отсутствует, или едва ощущается. Сердцебиение редкое, не прослушивается.

Первая помощь. Пострадавшего быстро извлекают из воды. При этом нужно помнить, что подплывать к нему нужно сзади, брать за волосы или под мышки и следить за тем, чтобы голова все время находилась над водой. На берегу пострадавшего освобождают от стесняющей одежды. Удаляют из дыхательных путей песок и воду: спасающий кладет пострадавшего животом на свою согнутую в колене ногу и энергично надавливает ему на спину — вода через рот изливается из легких и желудка. После этого пострадавшего укладывают на землю и, не теряя ни секунды, начинают проводить искусственное дыхание «изо рта в рот» и непрямой массаж сердца до появления самостоятельного дыхания и сердцебиения. Затем пострадавшего согревают, дают горячий чай. Госпитализируют

в реанимационное отделение.
Продолжить реанимацию хорошо дозировав и плавать в воде. Опасно на солнце сердечного

Не секрет, что «первая помощь» — это неосторожная инициатива, которую, при отсутствии других средств профилактики, предусмотреть дома и на улице. Что же делать с органами, функциями, различают и растяжения локтевого сустава. Симптомы, припухлость, первая

в реанимационное отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Профилактика. Главное — научиться хорошо плавать. Не купаться в незнакомом водоеме и в состоянии алкогольного опьянения. Плавать лучше вдвоем, не теряя друг друга из виду. Опасны купания после сильного перегрева на солнце, особенно страдающим заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

ЗНАТЬ, ГДЕ УПАСТЬ...

Не секрет, что большинство вызовов «скорой помощи» связано с травмами бытового характера. Неосторожность в быту — своего рода медицинская неграмотность. Вот почему всем и каждому необходимо повышать медицинскую культуру, приобретать умение оказывать себе и другим первую помощь, а главное, научиться профилактике несчастных случаев, то есть быть предусмотрительными и внимательными у себя дома и на улице.

Что же такое травма? Это повреждение тканей организма с нарушением их целостности и функций, вызванное внешним воздействием. Различают несколько видов травм.

Растяжение связок чаще всего возникает в области голеностопного сустава при подворачивании стопы.

Симптомы. Боль, ограничение подвижности, припухлость, кровоизлияние под кожу.

Первая помощь. На поврежденный су-

став накладывают давящую повязку. В первые часы применяют холод. Для решения вопроса о дальнейшем лечении необходимо обратиться в поликлинику или травматологический пункт.

Вывихи. Вывих — стойкое смещение концов костей, входящих в тот или иной сустав. Смещение сопровождается разрывом суставной сумки, а иногда и повреждением связочного аппарата, сосудов. Вывихи составляют примерно один процент всех травм.

Вывих большого пальца кисти возникает при чрезмерном его разгибании при падении на руку.

Симптомы. Боль, припухлость, палец укорочен и разогнут у основания, движения его ограничены.

Первая помощь. Руку подвешивают на косынке. Теплые ванночки и согревающие компрессы не применяют. Направление в травматологический пункт или отделение для вправления вывиха.

Вывих в локтевом суставе возникает при падении на вытянутую руку.

Симптомы. Деформация локтевого сустава, конечность полусогнута, болезненна, движения ограничены.

Первая помощь. Руку подвешивают на косынке. На месте никаких вправлений не производят. Направление в травматологическое отделение.

Вывих в плечевом суставе возникает при падении на кисть вытянутой руки или при быстром подъеме руки вверх. Чаще всего происходит де-

редний
щается

С и м
сустава,
Плечо н
обычно
как пра
конечнос

Пер
косынке
месте ни
правлени

Вывих
при паден
ствиях, об

С и м п
бедренног
сутствуют
лено неск
ноге.

Перв
подмышеч
прибинтов
здоровой п
ну таблет
носилках в
травматоло

Вывих
мерном рас
ха или еды,
суставной в
пожилого в
мые привыч

редний вывих, при этом головка плеча перемещается в подмышечную впадину.

Симптомы. Деформация плечевого сустава, боль, активные движения затруднены. Плечо на больной стороне кажется удлиненным, обычно отведено от туловища. Пострадавшие, как правило, поддерживают травмированную конечность за предплечье.

Первая помощь. Руку подвешивают на косынке или прибинтовывают к туловищу. На месте никаких исправлений не производят. Направление в травматологическое отделение.

Вывих в тазобедренном суставе возникает при падении с высоты, автодорожных происшествиях, обвалах и т. д.

Симптомы. Резкая боль в области тазобедренного сустава, активные движения отсутствуют, травмированная нога укорочена, колено несколько повернуто внутрь, к здоровой ноге.

Первая помощь. Накладывают шину от подмышечной впадины до пяточной кости или прибинтовывают пострадавшую конечность к здоровой ноге. Для уменьшения боли дают одну таблетку анальгина. Транспортировка на носилках в положении лежа. Госпитализация в травматологическое отделение.

Вывих нижней челюсти возникает при чрезмерном раскрывании рта в момент зевания, смеха или еды, когда суставная головка выходит из суставной впадины и выдвигается вперед. У лиц пожилого возраста наблюдаются так называемые привычные вывихи.

Симптомы. Рот открыт, движения челюсти ограничены. Глотание затруднено, слюноотечение.

Первая помощь. Привычный вывих вправляют на месте. Больного сажают на стул. Оказывающий помощь вводит в рот пострадавшего по нижним коренным зубам большие пальцы, обернутые бинтом, и, надавливая на коренные зубы, смещает челюсть вниз и назад, одновременно подправляя ее пальцами снизу. После вправления больной свободно двигает челюстью и внятно говорит. При травматическом вывихе вправление на месте не производят, пострадавшего доставляют в травматологическое отделение, предварительно наложив на подбородок працевидную, удерживающую челюсть повязку.

Переломы. Переломы — нарушение целостности кости в результате удара, сгибания или сдавления — составляют около 9 процентов всех травм. При этом повреждаются не только кости, но и надкостница, сосуды, нервы, мышцы. Различают полные и частичные переломы, открытые и закрытые, со смещением и без смещения. Особую опасность представляют открытые переломы, так как в этих случаях создается угроза обильного кровотечения и проникновения в рану болезнетворных микробов, способствующих развитию воспалительных осложнений. Первая помощь, как правило, включает в себя остановку кровотечения, предохранение раны от инфекции. (наложение асептической повязки), иммобилизацию костных отломков

(шина) и
кое отделение
Переломы

нии с высо
механизмам
ниями внут

Симпто
ность сест

Первая

ют полотеши

деревянный

но укладыва

лежать на с

согнутыми в

гушки»). По

свернутые в

душку. Госп

отделение.

Переломы

зоваться в ве

бедр.

Симпто

конечности, с

При открытой

шок.

Первая

чения — на ра

повязку, для

летки анальги

шинами. Госп

кое отделение

жении лежа.

Внутрисуста

(шпца) и транспортировку в травматологическое отделение.

Переломы костей таза возникают при падении с высоты, сдавлении между движущимися механизмами, часто сопровождаются повреждениями внутренних органов.

Симптомы. Сильные боли, невозможность сесть или встать.

Первая помощь. Таз бережно стягивают полотенцем или тканью, на носилки кладут деревянный щит (широкую доску) и осторожно укладывают пострадавшего, который должен лежать на спине с несколько разведенными и согнутыми в коленях ногами (положение «лягушки»). Под коленные суставы подкладывают свернутые в виде валика одежду, одеяло, подушку. Госпитализация в травматологическое отделение.

Переломы бедренной кости могут локализоваться в верхней, средней и нижней частях бедра.

Симптомы. Укорочение и деформация конечности, отечность, отсутствие движений. При открытой травме — кровотечение, иногда шок.

Первая помощь. Остановка кровотечения — на рану накладывают асептическую повязку, для обезболивания дают 1—2 таблетки анальгина. Иммобилизация конечности шпцами. Госпитализация в травматологическое отделение. Переноска на носилках в положении лежа.

Внутрисуставные переломы костей колен-

ного и голеностопного суставов возникают при прямых ударах и нередко сочетаются с подвывихами и разрывами связок.

Симптомы. Боль и припухлость в области суставов, резкое ограничение движений.

Первая помощь. Иммобилизация конечности шиной. На место травмы кладут холод (снег или лед в полиэтиленовых пакетах). Госпитализация в травматологическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Переломы костей голени могут локализоваться в верхней, средней и нижней ее трети.

Симптомы. Деформация голени, припухлость, ограничение подвижности, выпячивание концов отломков, стопа повернута наружу или внутрь. Иногда шок.

Первая помощь. Остановка кровотечения (в случае открытого перелома), наложение повязки и транспортной шины. Для обезболивания — 1—2 таблетки анальгина. Госпитализация в травматологическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Переломы надколенника чаще всего возникают при прямых ударах.

Симптомы. Ограничение подвижности голени, гематома в области коленного сустава. При ощупывании иногда определяется щель между отломками. Сильные боли при ходьбе и движении.

Первая помощь. Давящая повязка на коленный сустав. Иммобилизация конечности

шинами. Госпитализация в отделение.

Переломы

Симптомы. Деформация и вывих, резкое ограничение движений (хруст) от

Первая помощь. Голеностопный сустав с переломом в травматологическое отделение. Транспортировка на носилках.

Перелом

наблюдаются

Симптомы. Стопу, потягивание, припухлость, ограничение движений.

Первая помощь. Стопу с переломом в травматологическое отделение. Транспортировка на носилках.

Перелом

прямого удара, происшествий,

Симптомы. Поднять руку вверх, возникает боль.

Первая помощь. Согнутую в локте

шинами. Госпитализация в травматологическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Переломы лодыжек.

Симптомы. Боль в местах перелома, деформация и отечность голеностопного сустава, резкое ограничение подвижности. При надавливании на лодыжки ощущается крепитация (хруст) отломков.

Первая помощь. Давящая повязка на голеностопный сустав. Иммобилизация шиной голени с переходом на стопу. Госпитализация в травматологическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Перелом костей стопы. Наиболее часто наблюдаются переломы пяточной кости.

Симптомы. Боль при надавливании на стопу, потягивании за палец, гематома, припухлость, ограничение подвижности.

Первая помощь. Наложение шины на стопу с переходом на голень. Госпитализация в травматологическое отделение. Транспортировка на носилках в положении сидя.

Перелом ключицы возникает в результате прямого удара, а также при автодорожных происшествиях, падениях с высоты.

Симптомы. Пострадавший не может поднять руку вверх. При надавливании на область перелома прощупываются концы отломков, возникает боль. Движения конечности ограничены и болезненны.

Первая помощь. Поврежденную руку, согнутую в локтевом суставе, прибинтовыва-

ют к туловищу. При отсутствии перевязочного материала руки заводят за спину, кладут на них палку и закрепляют ее в локтевых сгибах. Госпитализация в травматологическое отделение. Транспортировка в положении сидя.

Перелом лопатки. Чаще всего возникает при прямых ударах, иногда сочетается с другими повреждениями.

Симптомы. Ограничение подвижности в плечевом суставе, припухлость, боль, костный хруст при надавливании.

Первая помощь. Поврежденную конечность прибинтовывают к туловищу. Обращаются в травматологическое отделение.

Переломы плечевой кости наблюдаются в верхней, средней и нижней трети плечевой кости.

Симптомы. Боль, припухлость, смещение костных отломков, нарушение конфигурации плеча, ограничение движений. У лиц пожилого возраста часто наблюдаются переломы шейки плечевой кости.

Первая помощь. Шинирование конечности с изгибом в локтевом суставе, руку подвешивают на косынке. Госпитализация в травматологическое отделение. Транспортировка в положении сидя.

Переломы костей предплечья. У лиц пожилого возраста часто наблюдается перелом лучевой кости в типичном месте (нижний ее конец) при падении с опорой на кисть.

Симптомы. Нарушение конфигурации

предплечья
давления

Первая
но сгиба
щена к т
локтевого
плече по
ния в тра
нии сидя.

Перелом
при прям

Симптомы
нарушение
вижности

Первая
ного паль
при множе

придают
ка — в кн
ды уклады
бинтуют. П
пункт или

Перелом
сдавления
Различают
ломы реб
нарушается
тельность.

Симптомы
боль в обла
при движен
ывании —
боком вдохе

предплечья, хруст костных отломков при надавливании.

Первая помощь. Конечность осторожно сгибают в локтевом суставе (ладонь обращена к туловищу) и накладывают шину от локтевого сустава до кончиков пальцев. Предплечье подвешивают на косынке. Госпитализация в травматологическое отделение в положении сидя.

Перелом костей пальцев кисти возникает при прямых ударах тяжелыми предметами.

Симптомы. Сильные боли, припухлость, нарушение конфигурации и ограничение подвижности пальцев.

Первая помощь. При травме одиночного пальца накладывают проволочную шину, при множественных повреждениях пальцам придают положение как при обхвате мячика — в кисть кладут небольшой предмет, пальцы укладывают в «хватательном» положении и бинтуют. Направление в травматологический пункт или травматологическое отделение.

Переломы ребер происходят в результате сдавления грудной клетки или прямого удара. Различают множественные и одиночные переломы ребер. При множественных переломах нарушается дыхательная и сердечная деятельность.

Симптомы. Пострадавшие жалуются на боль в области повреждения, усиливающуюся при движении и учащении дыхания. При ощупывании — хруст костных отломков. При глубоком вдохе — «обрыв дыхания». Иногда пере-

лом ребер сопровождается ранением легкого (кровохарканье).

Первая помощь. Наложить давящую повязку на грудную клетку (бинт, полотенце или простыня). Госпитализация в травматологическое отделение. Транспортировка на носилках в положении сидя.

Перелом позвоночника.

Симптомы. При переломах шейных позвонков — боль в области перелома, усиливающаяся при движении головы. При переломах грудных, поясничных и крестцовых позвонков — резкая боль, усиливающаяся при движении или надавливании на голову. Потеря чувствительности ниже места перелома указывает на повреждение спинного мозга. В этом случае наблюдаются параличи нижних конечностей, непроизвольное мочеиспускание и дефекация.

Первая помощь. При переломах шейных позвонков накладывают импровизированную шину от лопатки до затылка. Вызывают врача скорой помощи. Пострадавшего бережно укладывают на носилки, для фиксации головы с обеих сторон подкладывают валик из одеяла или одежды. Во избежание осложнений больного нельзя поднимать, ставить на ноги. При переломах грудных, поясничных и крестцовых позвонков пострадавшего осторожно укладывают на носилки с плотным щитом или широкой доской, покрытой одеялом, под плечи и голову подкладывают валики и подушки. Транспортировка на мягких носилках осуществляется в положении лежа на животе. Гос-

питализация
ческое) от

Перелом

результате

ют трещи

тые перел

открытые

Симп

тей свода

воподтек,

ется болез

ломков. При

да — вдавл

сопутствующ

лее). Тяжел

перелома и

деяния голов

Первая

режделениях

холодный

этиленовом

хирургическ

Транспорти

лежа. Пост

на носилки,

массами гол

дания голов

де баранки

одежды.

Перелом

падения на

ласть носа, п

Симпто

госпитализация в травматологическое (хирургическое) отделение.

Перелом костей свода черепа возникает в результате сильного удара по голове. Различают трещины, оскольчатые, дырчатые, окончатые переломы, с вдавлением и без вдавления, открытые и закрытые.

Симптомы. При закрытом переломе костей свода черепа образуется припухлость, кровоизлияние, гематома. При ощупывании отмечается болезненность, иногда хруст костных отломков. При открытом переломе — рана, иногда — вдавливание костей. Перед переломом сопутствуют сотрясение мозга и шок (см. далее). Тяжесть травмы зависит не столько от перелома костей, сколько от степени повреждения головного мозга.

Первая помощь. При открытых повреждениях накладывают асептическую повязку, холодный компресс (снег или вода в полиэтиленовом пакете). Госпитализация в нейрохирургическое (травматологическое) отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа. Пострадавшего осторожно помещают на носилки, во избежание асфиксии рвотными массами голову поворачивают набок. Для придания голове неподвижности вокруг нее в виде баранки образуют валик из одеяла или одежды.

Перелом основания черепа возникает при падении на затылок, при ударе в челюсть, в область носа, при нырянии и т. д.

Симптомы. Потеря сознания, тошнота,

рвота, нарушение дыхания. Кровоподтеки на лице и вокруг глаз («темные очки»), кровоте-
чение или истечение спинномозговой жидко-
сти изо рта, носа, уха.

Первая помощь. Пострадавшего бе-
режно укладывают на спину или живот, рану
предохраняют асептической повязкой. Во из-
бежание асфиксии рвотными массами голову
поворачивают набок, полость рта периодичес-
ки протирают марлевыми тампонами. При вы-
делениях из уха накладывают асептическую по-
вязку. Госпитализация в нейрохирургическое
(травматологическое) отделение. Транспорти-
ровка на носилках в положении лежа; голову
фиксируют валиком из одежды или одеяла.

Переломы верхней челюсти.

Симптомы. Боль, наличие кровоподте-
ка, смещение зубов, крепитация отломков, кро-
вотечение из носа.

Первая помощь. Повязка на рану или
тампонада носа, иммобилизация костных отлом-
ков импровизированной шиной. Госпитализа-
ция в стоматологическое (травматологическое)
отделение.

Переломы нижней челюсти.

Симптомы. Боль, смещение зубного ря-
да, ограничение подвижности, нарушение ме-
ханизма открывания и закрывания рта, обиль-
ное слюноотделение, иногда с примесью крови.
При ощупывании наблюдаются подвижность
и хруст отломков. В тяжелых случаях возмож-
ны западение языка и нарушение дыхания.

Первая помощь. При наличии крово-

течения —
стных отл
питализаци
кое) отдел
Инород

родные ор
изве в его
инородного
рактизую
лезненности
нагноения,
родных те
удушие и ас

Инородн
локализации
юктивы век
ницы.

Инородн
глазного яб
кусочки угл

Симпто
боязнь. Ино

таются под в
Первая

с конъюнктив
влажным ма
нии конъюкт

Инородны
оказываются
камня, угля.

Симпто
в области гла

течения — тугая повязка. Иммобилизация костных отломков працевидной повязкой. Госпитализация в стоматологическое (хирургическое) отделение.

Инородные тела. Инородные тела — чужеродные организму предметы, внедрившиеся извне в его ткань, орган, полость и т. д. Вокруг инородного тела развивается воспаление, характеризующееся сначала припухлостью, болезненностью, в дальнейшем могут возникнуть нагноения, пролежни, свищи. Попадание инородных тел в дыхательные пути вызывает удушье и асфиксию.

Инородные тела глаза. В зависимости от локализации различают инородные тела конъюнктивы век, глазного яблока, роговицы, глазницы.

Инородными телами конъюнктивы век и глазного яблока могут быть песчинки, пыль, кусочки угля, камшей, растений и т. д.

Симптомы. Слезотечение, боль, светобоязнь. Инородные тела чаще всего распрлагаются под веками.

Первая помощь. Инородные тела с конъюнктивы век и глазного яблока удаляют влажным марлевым тампоном. При повреждении конъюнктивы — повязка на глаз и госпитализация в глазное отделение.

Инородными телами роговицы чаще всего оказываются кусочки металла, стекла, дерева, камня, угля.

Симптомы. Слезотечение, режущая боль в области глаза. При осмотре инородное тело

удается обнаружить на поверхности роговицы или в ее ткани.

Первая помощь. Поверхностное инородное тело удаляют влажным марлевым тампоном. В случае внедрения инородного тела в глубокие слои роговицы на глаз накладывают повязку и пострадавшего транспортируют в глазное отделение больницы.

При внутриглазных инородных телах — накладывают асептическую повязку и срочно госпитализируют больного.

Инородные тела носа. В нос чаще всего — особенно у детей — попадают пуговицы, семечки, камешки, семена растений и т. д.

Симптомы. Насморк, кровотечение, затруднение дыхания.

Первая помощь. В носовые ходы закапывают раствор эфедрина и предлагают пострадавшему высморкаться. Этим способом чаще всего удается избавиться от небольших инородных тел. Если процедура не принесит желаемого результата, пострадавшего направляют в отделение уха, горла, носа.

Инородные тела уха. Ими также могут быть различные мелкие предметы.

Симптомы. Боль, неприятное ощущение в слуховом канале, понижение слуха.

Первая помощь. Пострадавшего направляют в лечебное учреждение. Самим извлекать инородное тело не следует, так как велика опасность поранить барабанную перепонку. Попавших в ухо насекомых удаляют путем закапыва-

ния в слуховой
масла
Инородные

удаляют мясистой

и т. д.

Симптомы

глотания. При

обнаружить

тело.

Первая

деление уха,

помощи.

Инородные

главным обра-

Симптомы

ние удушья,

тела. При о-

гортани.

Первая

ция в отделен-

скорой помощи

Инородные

лудок попада-

зы, коронки з-

зывая боль. В-

ются уже при

Первая

ция в хирурги-

скорой помощи

в положении

Инородные

ткань обычно

ки стекла, стру-

в слуховой проход нескольких капель жидкого масла или борного спирта.

Инородные тела глотки. Чаще всего это бывают мясные и рыбные кости, булавки, кнопки и т. д.

Симптомы. Неприятные ощущения при глотании. При осмотре зева и глотки можно обнаружить внедрившееся в ткань инородное тело.

Первая помощь. Госпитализация в отделение уха, горла, носа или больницу скорой помощи.

Инородные тела гортани попадают в нее главным образом при глубоком вдохе.

Симптомы. Судорожный кашель, ощущение удушья, боль в месте внедрения инородного тела. При осмотре — отек слизистой оболочки гортани.

Первая помощь. Срочная госпитализация в отделение уха, горла, носа или больницу скорой помощи.

Инородные тела желудка. Чаще всего в желудок попадают иголки, гвозди, съёмные протезы, коронки зубов, мелкие косточки и т. д., вызывая боль. В ряде случаев симптомы проявляются уже при развитии осложнений.

Первая помощь. Срочная госпитализация в хирургическое отделение или больницу скорой помощи. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Инородные тела мягких тканей. В мягкие ткани обычно внедряются иглы, щепки, осколки стекла, стружка, гвозди.

Симптомы. Боль, повреждение кожных покровов. Инородные тела можно прощупать.

Первая помощь. Небольшие, поверхностно расположенные тела удаляют пинцетом. Края раны смазывают йодной настойкой и накладывают асептическую повязку. Для введения противостолбнячной сыворотки обращаются в амбулаторию или поликлинику. Если инородное тело проникло глубоко, пострадавшего доставляют в травматологический пункт или больницу.

Укусы насекомых и животных.

Укусы насекомых вызывают местную болевую реакцию и реже — общую реакцию организма. Характеризуются зудом, отеком, жжением в месте укуса. При множественных поражениях возможны головокружение, тошнота, рвота, озноб, недомогание, повышение температуры тела. У особенно чувствительных к яду людей могут возникнуть крапивница, бронхоспазм, слезотечение, в тяжелых случаях — шок.

Первая помощь. Жало удаляют пинцетом, ранку промывают слабым раствором марганцовокислого калия и кладут холод (снег, лед, грелку с холодной водой). При шоке срочно вызывают врача, а затем пострадавшему придают горизонтальное положение без подушки, на конечности кладут грелки. При терминальном состоянии проводят непрямой массаж сердца, искусственное дыхание «изо рта в рот». Госпитализация в реанимационное отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Укусы змей вызывают сильную и продолжи-

тельную болевую реакцию. В тяжелых случаях может быть рвота, упадок сил, судороги.

Первая помощь. Если поражен конечность, ее иммобилизуют.

Если поражен живот, его обкладывают грелками.

При укусах насекомых накладывают йодную повязку. В тяжелых случаях вызывают врача.

При укусах животных накладывают йодную повязку. В тяжелых случаях вызывают врача.

Ожоги. Ожог — повреждение тканей организма под действием высоких температур.

Ожоги подразделяют на термические (пламя, газы), химические (кислоты, щелочи), электрические (электрический ток).

тельную боль, точечные кровоизлияния и крово-
подтеки в месте укуса. Возникший отек кожи
может быстро распространяться по телу. Пост-
радавшие жалуются на боли в пояснице, за-
трудненное дыхание и сердцебиение. В тяжелых
случаях наблюдаются нарушения сознания, рво-
та, упадок сердечной и дыхательной дея-
тельности, шок.

Первая помощь. Яд энергично отсасы-
вают из ранки и быстро выплевывают изо рта.
Если поражена конечность, то ей придают непо-
движность, как при переломе. Пострадавшего
укладывают в горизонтальное положение. Сроч-
ная госпитализация в лечебное учреждение для
введения противозмеиной сыворотки. Транспор-
тировка на носилках в положении лежа.

При укусах животных края раны обрабаты-
вают йодной настойкой и накладывают давящую
повязку. В случае обширного ранения произво-
дят иммобилизацию шинами. Срочная госпита-
лизация в хирургическое отделение для после-
дующей обработки раны и введения противо-
столбнячной сыворотки.

Ожоги. Ожог — повреждение тканей, вызы-
ваемое действием высокой температуры, химиче-
ских веществ или ионизирующей радиации. В
зависимости от причины ожоги подразделяются
на термические — от воздействия высокой тем-
пературы (пламя, горячие металлы, пар, жид-
кости, газы); химические — от воздействия кис-
лот, щелочей, фосфора и других веществ; луче-
вые — от воздействия радиации.

Ожоги бывают поверхностные и глубокие,

ограниченные и обширные, тяжесть состояния зависит не только от глубины, но и от площади поражения.

Симптомы. Резкая боль в пораженной области. По тяжести поражения тканей ожоги делят на четыре степени: I степень — покраснение и отек кожи; II степень — отслойка эпидермиса с образованием пузырей; III степень — повреждение всей толщи кожи с образованием струпа; IV степень — некроз кожи, сухожилий, мышц и кости. Ожог $\frac{1}{3}$ поверхности тела является крайне опасным для жизни, а $\frac{1}{2}$ — смертельным. При ожоге II—IV степеней с площадью поражения 10—15 процентов поверхности тела часто возникает ожоговый шок — падает артериальное давление, учащаются пульс и дыхание, уцелевшие кожные покровы бледнеют, выступает липкий холодный пот. Пострадавшие бывают возбуждены, жалуются на тошноту и жажду. С дальнейшим развитием шока наступает глубокая апатия.

Первая помощь. Прежде всего на пострадавшем гасят горящую или тлеющую одежду: обливают водой, закрывают ковром, одеялом. Объем и характер первой помощи зависят от тяжести, глубины и площади поражения, а также общего состояния пострадавшего. Ожоги I степени протирают спиртом или одеколоном. Накладывают повязку. При ожогах II степени поврежденную поверхность обрабатывают спиртом или бензином, раствором марганцовокислого калия. Для уменьшения боли обожженное место помещают под струю холодной воды, зимой —

обкладывают
нут. Пузы
на пораже
скую повяз
и лечения
ние.

Обширные ожоги. Тактики. С
лать это на
усилить бол
пия болевы
анальгина,
ренной соли
Раневую по
веществами,
укутывают
ляют в лечеб
одежду лучш
покрыть чис
покой. Если
чаем. При об
водят трансп
ми средствам
В случае
и надежным
вода, которая
ких веществ
в течение 15—
дой, после чег
гах кислотой
вой соды (одн
при ожогах щ
борной кислот

обкладывают снегом или льдом на 10—15 минут. Пузыри не вскрывают и не прокалывают, на пораженный участок накладывают асептическую повязку. Для дальнейшей обработки раны и лечения обращаются в медицинское учреждение.

Обширные и глубокие ожоги требуют другой тактики. С пострадавшего снимают одежду (делать это надо быстро, но бережно, чтобы не усилить боль и не вызвать шок). Для уменьшения болевых ощущений дают 1—2 таблетки анальгина, питьевую воду с добавлением поваренной соли (1 чайная ложка на литр воды). Раневую поверхность не смазывают никакими веществами, пострадавшего по возможности укутывают мокрой простыней и быстро доставляют в лечебное учреждение. При наличии шока одежду лучше разрезать, пораженные участки покрыть чистой тканью, создать максимальный покой. Если пострадавший в сознании, напоить чаем. При обширных ожогах конечностей производят транспортную иммобилизацию подручными средствами.

В случае химического ожога самым первым и надежным помощником является холодная вода, которая снижает концентрацию химических веществ и смывает их. Пораженную кожу в течение 15—20 минут орошают струйной водой, после чего накладывают повязку: при ожогах кислотой — пропитанную раствором пищевой соды (одна чайная ложка на стакан воды), при ожогах щелочами — смоченную раствором борной кислоты (в той же пропорции).

Последствия солнечных ожогов устраняют, смачивая обожженную поверхность одеколоном или спиртом.

Во всех случаях обширного ожога необходима срочная госпитализация в лечебное учреждение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Отморожения. Отморожения — местное повреждение тканей в результате длительного воздействия низкой температуры. Отморожению чаще всего подвергаются незащищенные части лица, а также кончики пальцев рук и ног. Длительное влияние холода сначала вызывает расширение, а затем спазм кровеносных сосудов, нарушение питания тканей, которые вследствие этого разрушаются.

Симптомы. Пострадавшие жалуются на чувство холода, пораженные участки кожи имеют бледно-синюшную окраску, холодны на ощупь, болевая чувствительность снижена. Различают четыре степени отморожения: I степень — покраснение и отек кожи; II степень — образование пузырей, наполненных серозной или кровянистой жидкостью; III степень — омертвление мягких тканей (кожи и подкожной клетчатки), IV степень — омертвление всех тканей, включая костную.

Первая помощь. Пострадавшего согревают — переносят в теплое помещение и дают горячее питье. При отморожении I степени пораженную часть тела отогревают горячей водой. Во время отогревания легкими движениями растирают места повреждения от периферии к

центру д
покрасне
мировани
тканью
лоном, во
наклады
продолжа

При о
производя
смазыва
и налож

При о
мендуются
рых мест
ложение
питализац
портпировка

Кровото

ви из кров
дения или
На всех э
кровотече
жизни. С у
вать тканя
Наиболее
головной
кращения
обратимые
зависит от
рактира кро
Артериал
поврежден
да представ

центру до тех пор, пока кожа не потеплеет и не покраснеет. Если нет горячей ванны, то травмированную поверхность растирают мягкой тканью или руками, а затем смазывают одеколоном, водкой, спиртом или йодной настойкой, накладывают асептическую повязку. Лечение продолжают в домашних условиях.

При отморожении II степени растирание не производят, а ограничиваются горячей ванной, смазыванием травмированных участков водкой и наложением асептической повязки.

При отморожениях III — IV степени рекомендуются горячая ванна, обработка пораженных мест спиртом, водкой или одеколоном и наложение повязки. Срочно вызывают врача. Госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Кровотечение. Кровотечение — излияние крови из кровеносных сосудов вследствие повреждения или патологических изменений их стенок. На всех этапах развития медицины борьба с кровотечением была борьбой за сохранение жизни. С утратой крови сердце перестает подавать тканям столь необходимый им кислород. Наиболее чувствителен к таким изменениям головной мозг: уже через 5—7 минут после прекращения доставки крови в нем наступают необратимые изменения. Величина кровопотери зависит от степени повреждения тканей и характера кровотечения.

Артериальное кровотечение развивается при повреждении артерий. Ранение крупного сосуда представляет наибольшую опасность для

жизни пострадавшего, поэтому запаздывание с оказанием первой помощи в таких случаях неизбежно приводит к гибели человека.

Симптомы. При наружном кровотечении из раны обильно и толчкообразно (струей) изливается кровь алого цвета. Длительность кровотечения и объем кровопотери зависят от калибра поврежденного сосуда и состояния свертывающей системы крови.

Первая помощь. Прижать сосуд на его протяжении или наложить жгут выше места ранения. Рану закрыть давящей повязкой. Срочная госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Венозное кровотечение возникает при повреждении вен.

Симптомы. При наружном кровотечении кровь темно-вишневого цвета изливается из раны медленной струей. Венозное кровотечение часто сочетается с артериальным.

Первая помощь. Наложить на рану давящую повязку. При повреждении крупных сосудов конечностей применяется жгут, накладываемый выше места кровотечения. Срочная госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Желудочное кровотечение. Развивается у лиц, страдающих язвой желудка, двенадцатиперстной кишки, полипами, опухолями, варикозным расширением вен стенок желудка.

Симптомы. Рвота с примесью крови,

бледность
стый, иногда
Первая

льдом на
хирургичес
носилках в
Кишечни

правило, те

Симпто
массах, ад
холодный п

Первая
рургическое
силках в по

Легочное
возникает в
лезе легких

Симпто
Больные при

Первая
полусидячее
на соленой

ренной соли
ны кладут п
хирургическо
Транспортир

положении.
Маточное

торых забол
а также после

Симпто
боли внизу ж
покровов, част

бледность кожных покровов, жажда. Пульс частый, иногда обмороки.

Первая помощь. Положить пузырь со льдом на область желудка. Госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Кишечное кровотечение вызывается, как правило, теми же причинами, что и желудочное.

Симптомы. Наличие крови в каловых массах, адинамия, бледность кожных покровов, холодный пот, учащение пульса.

Первая помощь. Госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Легочное кровотечение в большинстве своем возникает внезапно, чаще ночью, при туберкулезе легких или ранении.

Симптомы. Выделение крови с мокротой. Больные при этом бывают напуганы, подавлены.

Первая помощь. Больному придают полусидячее положение, дают выпить полстакана соленой воды (одна столовая ложка поваренной соли на стакан воды), на область грудины кладут пузырь со льдом. Госпитализация в хирургическое или туберкулезное отделение. Транспортировка на носилках в полусидячем положении.

Маточное кровотечение возникает при некоторых заболеваниях женской половой сферы, а также после выкидыша, аборта.

Симптомы. Кровотечение сопровождают боли внизу живота, слабость, бледность кожных покровов, частый пульс.

Первая помощь. Применяют асептическую повязку — тампон. Дают выпить полстакана соленой воды. Госпитализация в гинекологическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Паренхиматозное кровотечение является следствием ранений и закрытых повреждений паренхиматозных органов: печени, селезенки, почек, легких.

Симптомы. Бледность кожных покровов, липкий холодный пот, частый малый пульс. Боли в области кровотечения. Возбуждение или сонливость, эйфория.

Первая помощь. Больному придают горизонтальное положение. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Носовое кровотечение бывает связано с самыми разнообразными причинами: травмами, полипами, опухолями, грубым удалением засохших корок, заболеванием крови, повышением артериального давления и т. д. Наиболее часто носовые кровотечения встречаются после травмы носа и как осложнение гипертонической болезни.

Первая помощь. При небольшом кровотечении крылья носа прижимают двумя пальцами к носовой перегородке. В носовые ходы можно также осторожно ввести узкие марлевые полоски. Голову не запрокидывают назад, так как кровь может попасть в желудок и вызвать рвоту. Если кровотечение остановить не удалось,

нужно вызвать
по обратителю

Кровотечение
кровоточит

на. От загл
ся рвота, ч

Первая
ип останавли

помощь, смоч

да. Тампон

При обильн

лизируют в

транспортир

мают марле

Раны мя

целостности

воздействием

тые, рублен

рываые, огне

верхностные

и сухожильн

вой помощи

глубины и ло

Колотые

пия колющие

проволока и

вилло, незначи

всей кажущей

бенно шен,

опасность для

внутренние к

нейно важных

ции.

нужно вызвать врача скорой помощи или срочно обратиться в медицинское учреждение.

Кровотечение после удаления зуба. Обычно кровоточит зубная лунка или разрезанная десна. От заглатывания крови в желудок появляется рвота, чем больные бывают очень напуганы.

Первая помощь. Кровотечение из лунки останавливают ватным или марлевым тампоном, смоченным раствором перекиси водорода. Тампон крепко стискивают между зубами. При обильном кровотечении больного госпитализируют в хирургическое отделение. Во время транспортировки раневую поверхность прижимают марлевым тампоном.

Раны мягких тканей. Рана — это нарушение целостности тканей, вызванное механическим воздействием. Различают раны резаные, колотые, рубленые, ушибленные, размозженные, рваные, огнестрельные. Раны могут быть поверхностные и глубокие, с повреждением нервов и сухожилий. Тяжесть состояния и объем первой помощи зависят от характера, обширности, глубины и локализации раны.

Колотые раны возникают в результате ранения колющим предметом (иглы, шило, гвозди, проволока и т. д.) и сопровождаются, как правило, незначительным кровотечением. Но при всей кажущейся легкости колотые раны, особенно шеи, головы, туловища, представляют опасность для жизни, так как могут вызывать внутренние кровотечения и повреждение жизненно важных органов, распространение инфекции.

Огнестрельные раны относятся к наиболее тяжелым видам ран. Пулевые ранения бывают слепыми или чаще сквозными. Входные отверстия маленькие, круглые, выходные — несколько больше. Раневой канал узкий, окружающие ткани опалены и закопчены порохом (при выстреле с близкого расстояния).

Размозженные раны — следствие воздействия на мягкие ткани массивных предметов или сдавления движущимися частями механизмов. Повреждению подвергаются как поверхностные, так и глубокие ткани, кожа, как правило, бывает разорвана, отечна, пропитана кровью.

Резаные раны образуются под воздействием холодного оружия или режущих инструментов, обильно кровоточат. Наибольшую опасность представляют резаные раны шеи.

Рваные раны нередко сочетаются с размозженными, края их неровные, лоскутные, имеют неправильную форму. Эти раны обычно бывают загрязнены, содержат значительное количество нежизнеспособных тканей.

Рубленые раны наносятся холодным оружием, инструментами и представляют опасность для жизни, так как, будучи глубокими, нередко осложняются кровотечением и шоком.

Ушибленные раны — следствие удара тупым предметом, края их разорваны, имеют неправильную форму. Окружающие ткани раздавлены, синюшные, пропитаны кровью. В результате сдавления сосудов раны почти не кровоточат.

Первая помощь. При всех видах ран

их обработ
ческую по
ся и способ
вом защитить
прекращаю
обширных
близацию
Госпитализ
ургическое
носилках в
ранах, не со
чением, пос
логический

Ранения

как при отк
дениях груд
вые ранения
ствие ударн
ждается гем
кожной эмфи

Гемотора
дений грудн
скапливание

Симпто
бость, голово
малого напо
кожные покр
денное, сидяч

Пневмотор
грудной стени
канал атмосф
льную полост
ко нарушаетс

их обрабатывают йодом и накладывают асептическую повязку, которая одновременно является и способом остановки кровотечения, и средством защиты от инфекции. Сильное кровотечение прекращают с помощью жгута и тампона. При обширных ранах конечностей применяют иммобилизацию шинами из подручных предметов. Госпитализация в травматологическое или хирургическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа. При небольших ранах, не сопровождающихся сильным кровотечением, пострадавшего направляют в травматологический пункт или поликлинику.

Ранения легких. Ранения легких возможны как при открытых, так и при закрытых повреждениях грудной клетки (перелом ребер, ножевые ранения, сдавления грудной клетки, воздействие ударной волны). Ранение часто сопровождается гемотораксом, пневмотораксом и подкожной эмфиземой.

Гемоторакс — тяжелое осложнение повреждений грудной стенки и легких, приводящее к скапливанию крови в плевральной полости.

Симптомы. Боль в области ранения, слабость, головокружение, одышка. Пульс частый, малого наполнения. Дыхание поверхностное, кожные покровы бледные. Положение вынужденное, сидячее.

Пневмоторакс развивается при повреждении грудной стенки, плевры и легких. Через раневой канал атмосферный воздух проникает в плевральную полость и сдавливает легкое, отчего резко нарушается дыхательная функция. Различа-

ют открытый, закрытый и клапанный пневмоторакс.

Открытый пневмоторакс возникает при ранениях груди ножом, острыми предметами и при огнестрельных ранениях, в результате чего плевральная полость через рану сообщается с наружным воздухом, который то входит в плевральную полость, то выходит из нее с характерным шумом. Лицо пострадавшего приобретает синюшный оттенок, сердцебиение учащается.

Закрытый пневмоторакс — следствие нарушения легочной ткани при закрытых повреждениях грудной клетки. Сопровождается одышкой, синюшностью лица, кровохарканьем, болью в груди, затрудненным дыханием.

При клапанном пневмотораксе в раневом канале грудной стенки формируется своеобразный клапан, который пропускает воздух только в плевральную полость. Обратно воздух не выходит и скапливается в ней. Это приводит к сдавлению легкого, нарушению дыхания и нередко сопровождается эмфиземой (вздутием) мягких тканей грудной клетки.

Подкожная эмфизема развивается при открытых и закрытых повреждениях грудной клетки. Атмосферный воздух через раневую канал распространяется в подкожную клетчатку и захватывает обширные участки тела. Сдавление воздухом крупных сосудов и смещение сердца резко нарушают кровообращение. При нажатии на кожу ощущается «хруст» от скопившегося воздуха. Дыхание больного частое,

поверхности
ложится

Первая
грудной
подпоясочной
кующую повязку
полосками
в хирургии
на носилках
пути в больницу

Ранения

грудной клетки

огнестрельные

Симптомы

одышка, одышка

смерти.

синюшность

Пульс частый

дом.

Первая

дают горючие

повязку на

челюсть от

дыхания в поло

ют кислоро

Повреждения

(ранения) и

жизни живо

никнуть кро

собственную

быть пропущен

и внутренне

повреждения

поверхностное, лицо спящее, состояние осложняется кровохарканьем.

Первая помощь. При всех видах ранения груди и легких края раны смазывают йодной настойкой и накладывают герметическую повязку (марлевые салфетки заклеивают полосками липкого пластыря). Госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках с приподнятым подголовником. По пути в больницу пострадавшему дают кислород.

Ранение сердца происходит при повреждении грудной клетки. Различают колотые, резаные, огнестрельные ранения.

Симптомы. Сильные боли в области сердца, одышка, сердцебиение. Чувство страха смерти. Кожные покровы бледные, иногда с синюшным оттенком, шейные вены набухшие. Пульс частый, слабый, прерывается с трудом.

Первая помощь. Пострадавшему придают горизонтальное положение, накладывают повязку на рану. Госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа. По пути в больницу дают кислород.

Повреждения живота. Различают открытые (ранения) и закрытые (тупая травма) повреждения живота. При травме живота может возникнуть кровотечение в брюшную полость, способствующее развитию шока. Ранения могут быть проникающие (с повреждением брюшины и внутренних органов) и непроникающие (без повреждения брюшины).

Непроникающие ранения живота наносятся холодным оружием и тупыми предметами.

Симптомы. Признаки раздражения брюшины: живот болезненный, напряженный.

Первая помощь. Госпитализация в хирургическое отделение.

Проникающие ранения живота.

Симптомы зависят от того, имеются ли повреждения внутренних органов и сопровождаются ли эти повреждения кровотечением в брюшную полость. При ранении печени и селезенки развивается сильное внутреннее кровотечение; при ранении желудка и кишечника их содержимое изливается в брюшную полость, что способствует быстрому развитию перитонита — воспаления брюшины. Раненые в живот жалуются на сильные боли, жажду, задержку кишечных газов и стула. При осмотре отмечается: кожные покровы бледные, язык сухой, живот напряженный и болезненный, пульс частый, слабого наполнения. Нередко возникает шок. Клиническая картина проникающих ранений живота часто сглаживается алкогольным опьянением.

Первая помощь. Повязка на рану. Выпавшие внутренние органы не вправляют, обезболивающих средств не дают. Срочная госпитализация в хирургическое отделение. Бережная транспортировка на носилках. В пути дают кислород.

Закрытая (тупая) травма живота без повреждения внутренних органов — результат прямого удара при наездах, в быту, на про-

изводстве.
Симп

вота. При
видны при
ра. Брюш
дыхания,
Перв

дают гор
кладут пу
ющих сре
в хирурги
на носилка

Закрытые
внутренних
ра в живот
быть повре
кишечник

Симп
нота, рвота
дений внут
внутреннего
блого наполн
ность кожны
дений лежать
к животу бе

Первая
зырь со льдо
прибегают.
хирургическ
носилках в п

Синдром
это комплекс
ющий в рез

производстве, во время спортивных соревнований.

Симптомы. Сильные боли в области живота. При осмотре брюшной стенки могут быть видны припухлости и кровоизлияния в месте удара. Брюшная стенка не принимает участия в дыхании, напряжена, болезненна.

Первая помощь. Пострадавшему придают горизонтальное положение. На живот кладут пузырь со льдом. Никаких обезболивающих средств не применяют. Госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Закрытая травма живота с повреждением внутренних органов возникает от сильного удара в живот или его сдавления. При этом могут быть повреждены печень, селезенка, желудок, кишечник и другие органы.

Симптомы. Сильные боли в животе, тошнота, рвота, позывы к дефекации. При повреждении внутренних органов нарастают признаки внутреннего кровотечения: пульс частый, слабого наполнения, поверхностное дыхание, бледность кожных покровов. Пострадавший вынужден лежать на боку или спине с приведенными к животу бедрами.

Первая помощь. На живот кладут пузырь со льдом. К обезболивающим средствам не прибегают. Дают кислород. Госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Синдром длительного сдавливания тела — это комплекс нарушений в организме, возникающий в результате длительного сдавливания

мягких тканей туловища и конечностей, например, при обвалах в горах, карьерах, на шахтах и т. д. В области сдавления образуются токсические вещества, которые вызывают общую интоксикацию, а также сердечную и почечную недостаточность.

Симптомы. Освобожденные от сдавления конечности — бледные, кончики пальцев и лицо синюшные. Кровоизлияния в склеры глаз, шею. Кожная чувствительность резко снижена. Пульс частый, нередко развивается травматический шок.

Первая помощь. Пострадавшего бережно освобождают из завала. Чтобы задержать быстрое всасывание токсинов, на травмированные конечности накладывают жгуты (на 10—15 минут). Госпитализация в травматологическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа. По пути в больницу дают кислород.

Сдавление головного мозга — тяжелая черепно-мозговая травма, сопровождающаяся кровоизлиянием в полость черепа и образованием гематомы.

Симптомы. Головная боль, нарушение сознания, нередко — коматозное состояние, судороги. Пульс напряженный и редкий — до 30 ударов в минуту. Дыхание учащенное, шумное. Возможно одностороннее расширение зрачков.

Первая помощь. Пострадавшему придают горизонтальное положение. При открытых повреждениях головы накладывают повязку. Экстренная госпитализация в нейрохирургичес-

кое отделение
положении
поворачива
рвота и зап

Сотрясение
травмах чере

Симптомы.
время, голо

ые покровы
Зрачки нор

ние замедле

После восст

амнезия (по

ливность, гол

мозга сопро

стройством

пием.

Первая
ют горизонт

рвоты голову

тализация

Транспортир

лежа. В пут

Ушиб голо
повреждения

лее мягкой с

Симптомы.
рвота, иногда

Первая
дают горизонт

ния в травма

портровка на

Эмболия ар

кое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа. В пути голову пострадавшего поворачивают в сторону, так как возможны рвота и западение языка.

Сотрясение головного мозга возникает при травмах черепа.

Симптомы. Потеря сознания на короткое время, головокружение, тошнота, рвота. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. Зрачки нормальные или расширенные. Дыхание замедленное. Пульс редкий, напряженный. После восстановления сознания наблюдаются амнезия (потеря памяти на случившееся), сонливость, головокружение. Тяжелое сотрясение мозга сопровождается продолжительным расстройством сознания, иногда шоковым состоянием.

Первая помощь. Пострадавшему придают горизонтальное положение, во избежание рвоты голову поворачивают в сторону. Госпитализация в травматологическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа. В пути следят за положением головы.

Ушиб головного мозга вызывается также повреждениями черепа, но характеризуется более мягкой симптоматикой, чем сотрясение.

Симптомы. Головокружение, тошнота, рвота, иногда кратковременная потеря сознания.

Первая помощь. Пострадавшему придают горизонтальное положение. Госпитализация в травматологическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Эмболия артерий конечностей. Это состоя-

ние возникает в результате закупорки просвета артерий эмболом — в тканях конечности развивается кислородная недостаточность и нарушается обмен веществ. Эмболиям предшествует атеросклероз сосудов, стеноз митрального клапана, воспалительные процессы в сосудах. Оторвавшиеся эмболы останавливаются главным образом на том месте, где от основного ствола отходят крупные артериальные ветви. Закупорка сосудов может быть полной и частичной.

Симптомы. Больные жалуются на резкие боли в конечностях по ходу артерий, неприятные ощущения по охлаждению и онемению, ограничение подвижности. При осмотре и ощупывании обнаруживаются бледность кожи, понижение чувствительности, исчезновение сухожильных рефлексов, отвисание стопы, отсутствие пульса на периферических артериях конечности. В дальнейшем на коже выступают синеватые пятна. Необратимые изменения в тканях наступают в течение 8—12 часов. Об омертвении конечности свидетельствуют мраморный цвет кожи и ее сморщивание, уменьшение пальцев в объеме.

Первая помощь. Больному придают горизонтальное положение.

Госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Шок. Шок рассматривают как тяжелейшее состояние организма, возникающее в ответ на сверхсильное, в особенности болевое, раздра-

жение, характерно для сердечно-сосудистого шока. Важнейшим признаком является нарушение кровообращения в органах головы, груди, живота. Шок, вызванный механическим, — с

Симптомы. Состояние пострадавшего, тяжесть шока — эректиль-

Эректильный шок. След за травмой. Пострадавший бледное, взгляд больной, пульс отсутствует. Пульс выступает только в эректильной артерии, которая делится на две. Для первой артерии затормы мышечная рефлексо-минуту.

При второй пострадавший та-тихо. Кожные отенок. Дыха-Пульс — до 13-полнения.

Для третьей

жение, характеризующееся расстройством жизневажных функций нервной, дыхательной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, нарушением обмена веществ. Шок часто развивается при опасных повреждениях конечностей, головы, груди, живота, таза, ожогах и т. д. Шок, вызванный травмой, называется травматическим, — о нем и пойдет речь.

Симптомы шока зависят от возраста пострадавшего, локализации повреждений, фазы и тяжести состояния. Различают две стадии шока — эректильную и торпидную.

Эректильная фаза начинается сразу же вслед за травмой и продолжается не более 20 минут. Пострадавший возбужден, лицо бледное, взгляд беспокойный, сознание сохранено, но больной критически не оценивает свое состояние. Пульс и дыхание учащены, на теле выступает холодный липкий пот. В дальнейшем эректильная фаза переходит в торпидную, которая делится на четыре степени.

Для первой степени (легкая форма) характерны заторможенность, понижение сухожильных рефлексов, бледность кожных покровов, мышечная дрожь. Пульс — до 110 ударов в минуту.

При второй степени (средней тяжести) пострадавший также заторможен, говорит вяло, тихо. Кожные покровы приобретают сероватый оттенок. Дыхание учащенное, поверхностное. Пульс — до 130 ударов в минуту, слабого наполнения.

Для третьей степени (тяжелой) характерна

резкая заторможенность, пострадавший мало-контактен, мертвенно бледен, страдает одышкой. Пульс — до 160 ударов в минуту, иногда плохо сосчитывается.

Четвертая степень — терминальное состояние.

Первая помощь. Немедленно устраняют действие травмирующих факторов, останавливают кровотечение путем наложения давящей повязки, производят иммобилизацию шинами при повреждении конечностей. При терминальном состоянии проводят искусственное дыхание «изо рта в рот» и непрямой массаж сердца. Во избежание осложнений как можно реже перекладывают и поворачивают пострадавшего. Экстренная госпитализация (на носилках) в реанимационное или травматологическое отделение.

«ОСТРЫЙ ЖИВОТ»

Судьба больного с острой патологией органов брюшной полости часто зависит не только от мастерства врачей. Многие определяются собственным его поведением, своевременным обращением в лечебное учреждение — счет здесь идет на часы. Повышение уровня знаний населения в вопросах профилактики «острого живота» — требование дня. К сожалению, некоторые склонны рассуждать следующим образом: мол, поболит и перестанет. Это опасное заблуждение. Практика свидетельствует об обратном — самолечение и неоправданное выжидание, отказ от помощи врача приводят к пато-

логическим
и нередко
Клиниче
как правил
острый пер
димость, ост
инематочная
а также пр
типерстной
ся на внеза
задержку ст
кишечных г
равенное па
ные покровы
лодный липк
стый, слабог
При «остр
шается при
шим средств
клиническую
его распозна
ной результа
ленное обра
Аппендици
ление червеоб
ки — наиболее
ское заболевание
тей. Одной из
мниту, являетс
ного кишечника
Симптомы
они локализуют
ся перемещают

логическим изменениям в заболевших органах и нередко — к трагическим исходам.

Клиническую картину «острого живота», как правило, формируют острый аппендицит, острый перитонит, острая кишечная непроходимость, острый панкреатит, острый холецистит, внематочная беременность, ущемленная грыжа, а также прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Больные при этом жалуются на внезапные или схваткообразные боли, задержку стула и прекращение отхождения кишечных газов, ограниченное или распространенное напряжение брюшной стенки. Кожные покровы бледнеют, на лице выступает холодный липкий пот, западают глаза. Пульс частый, слабого наполнения.

При «остром животе» категорически запрещается прибегать к каким-либо обезболивающим средствам, так как они могут «смазать» клиническую картину заболевания, затруднить его распознавание и экстренное лечение. Самой результативной помощью служит немедленное обращение к врачу.

Аппендицит. Острый аппендицит — воспаление червеобразного отростка толстой кишки — наиболее часто встречающееся хирургическое заболевание как у взрослых, так и у детей. Одной из причин, приводящих к аппендициту, является затрудненный выход содержимого кишечника от отростка в слепую кишку.

Симптомы. Боли в животе. В начале они локализуются около пупка, через 1—2 часа перемещаются в правую подвздошную об-

ласть. Боли могут носить умеренный характер и даже через некоторое время стихнуть совсем. Нередко возникают тошнота, рвота. Язык сухой, обложен налетом. Температура — 37—38 градусов. Пульс — до 90 ударов в минуту. При надавливании на правую половину живота ощущается болезненность. Боли усиливаются при лежании на левом боку. Если заболевание прогрессирует, оно осложняется нагноением и прободением отрезка.

Первая помощь. До прибытия врача больного укладывают в постель. Госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках.

Профилактика. Рациональное питание, особенно следует избегать переедания. Большое значение имеет предупреждение заболеваний желудочно-кишечного тракта, в частности устранение запоров.

Внематочная беременность. Внематочная беременность — процесс в организме женщины, когда оплодотворенная яйцеклетка развивается вне полости матки — обычно в маточной трубе, яичнике или брюшной полости. Причиной этого чаще всего служат воспалительные заболевания женских половых органов, и в первую очередь маточных труб, в результате чего они теряют способность «захватывать» и «проводить» оплодотворенную клетку в полость матки.

Симптомы зависят от типа внематочной беременности. Если плодное яйцо развивается в трубе, то на 6—8-й неделе беременности стенки ее истончаются и разрываются. Возникают

резкие боли в
мочевой
некоторое
малокровие
плодный п
минуту) с
ный, нап
стые выде

Когда
трубы пзг
о внемато
выкидыша
плодное я
этом возн
живота. В
обмороки.
выделения

Первая
внематочну
обратиться
нию болей с
ственный с
нения — опе
же после у
ция в гинер
делении. Же
обмороке да

Профи
дупреждения
своевременн
цессов женск
Острая к
рой кишечн

резкие боли в низу живота, которые отдают в мочевой пузырь или прямую кишку. Спустя некоторое время появляются признаки острого малокровия: бледность кожных покровов, холодный пот, частый пульс (до 160 ударов в минуту) слабого наполнения. Живот болезненный, напряженный. Незначительные кровянистые выделения из влагалища.

Когда яйцо через свободный конец маточной трубы изгоняется в брюшную полость, говорят о внематочной беременности по типу трубного выкидыша. Она протекает медленно, так как плодное яйцо отслаивается постепенно. При этом возникают схваткообразные боли в низу живота. В моменты подвигания болей возможны обмороки. Отмечаются темные кровянистые выделения из влагалища.

Первая помощь. При подозрении на внематочную беременность следует немедленно обратиться к врачу. Никаких мер по устранению болей самостоятельно не принимают. Единственный способ лечения этого опасного осложнения — операция, которая проводится сразу же после установления диагноза. Госпитализация в гинекологическое или хирургическое отделение. Женщину переносят на носилках. При обмороке дают нюхать нашатырный спирт.

Профилактика. Главное средство предупреждения внематочной беременности — своевременное лечение воспалительных процессов женских половых органов.

Острая кишечная непроходимость. Под острой кишечной непроходимостью понимают на-

рушение прохождения кишечного содержимого по кишечнику. Различают динамическую, механическую и сосудистую формы этого заболевания.

Динамическая форма в свою очередь подразделяется на спастическую и паралитическую. Спастическая непроходимость развивается при стойком спазме одного из участков кишечника. Причиной спазма могут быть грубая пища, отравление соединениями свинца, попавшее в кишечник инородное тело, глисты. Паралитическая непроходимость нередко вызывается перитонитом, травмами живота, неудачным хирургическим вмешательством.

Механическая форма непроходимости бывает обтурационной и странгуляционной. Обтурационная развивается в результате закрытия (обтурации) просвета кишки опухолью, спайками, резким перегибом, инородным телом, каловыми камнями, клубками аскарид. Странгуляционная (сдавливающая) обуславливается заворотом кишок, их ущемлением и узлообразованием.

Сосудистую непроходимость вызывают тромбоз или эмболия сосудов кишечника, и проявляется она главным образом у больных, страдающих ревмокардитом и сердечной недостаточностью.

Симптомы. Все виды кишечной непроходимости имеют три основных признака: 1) резкие, схваткообразные, без определенной локализации боли в животе; 2) рвота — вначале пищей, затем желчью, а на более поздних

стапах —
запахом;

Заболе-
принимает
левает бо-
тает спастиче-
ным пото-

Пери-
помощи»

ющим пл-

доставляю-

портпиров-

Проф-

всех забо-

рациональ-

Острые

ные подже-

ным образ-

лудочно-к-

ким алког-

вует упот-

Симп-

оноясываю-

живота, от-

сильные, ч-

ет вынужд-

крыто холо-

пульс част-

Перва-

в постель,

Госпитализ-

Транспорти-

жа. Лечение

этапах — кишечным содержимым с каловым запахом; 3) задержка стула и газов.

Заболевание возникает внезапно. Человек принимает вынужденное положение, его одолевает беспокойство. Лицо бледнеет, приобретает синюшный оттенок, покрывается холодным потом. Язык сухой, обложен.

Первая помощь. До прибытия «скорой помощи» не прибегают ни к каким болеутоляющим или иным средствам. Больного срочно доставляют в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Профилактика. Своевременное лечение всех заболеваний органов брюшной полости, рациональное питание.

Острый панкреатит. Панкреатит — воспаление поджелудочной железы — развивается главным образом у лиц, страдающих болезнями желудочно-кишечного тракта, а также хроническим алкоголизмом. Приступу нередко предшествует употребление алкоголя и жирной пищи.

Симптомы. Резкие мучительные боли опоясывающего характера в верхней половине живота, отдающие в спину, иногда настолько сильные, что вызывает шок. Больной принимает вынужденное положение. Лицо бледное, покрыто холодным потом, язык обложен, одышка, пульс частый.

Первая помощь. Больного укладывают в постель, на живот кладут холодный пузырь. Госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа. Лечение осуществляется в стационарных

условиях препаратами подавления ферментной активности поджелудочной железы, строгой диетой и т. д. В ряде случаев прибегают к хирургическому вмешательству.

Профилактика острого панкреатита основана на предупреждении и своевременном лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта и воспалительных процессов в брюшной полости.

Острый холецистит. Холецистит — воспаление желчного пузыря — распространенное заболевание органов пищеварения, которое развивается в большинстве случаев у лиц, страдающих желчнокаменной болезнью.

Симптомы. Главным признаком — острая боль в правом подреберье. Приступ начинается внезапно, обычно после приема жирной и острой пищи, сопровождается тошнотой, рвотой, горечью во рту. Во время приступа больные проявляют беспокойство, не могут найти положение, при котором бы боль уменьшилась. Температура поднимается до 38—39 градусов. При надавливании на правое подреберье боли усиливаются и отдают в лопатку. В случае прободения желчного пузыря боль нарастает, пульс учащается, артериальное давление снижается — развиваются симптомы перитонита.

Первая помощь. Больного укладывают в постель, никаких медицинских мероприятий, направленных на снятие боли, во избежание осложнений не проводят. Госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа. Лечение острого

холецистита
редко требу

Профилактика
хирургическо
ожирения и
рационально
дации очаго

Острый

брюшины, с
лающей стел
ные в ней с
осложнение

ной полости
и при повре
ние попадан
ше брюшин

тым, послед
протекает тя
мероприятий

Симпто
воту, напря
задержка к

печника, рво
ное положени
ты лица за

частый — до
ра тела повы
ное.

Первая
болей в живо
Ни в коем с
давать лекар
собствует

холецистита обычно проводится в больнице, нередко требуется хирургическое вмешательство.

Профилактика. Своевременное лечение хронического холецистита, предупреждение ожирения и других нарушений обмена веществ, рациональное питание, мероприятия по ликвидации очагов инфекции в организме.

Острый перитонит. Перитонит — воспаление брюшины, своеобразной тонкой пленки, выстилающей стенки брюшной полости и расположенные в ней органы, — возникает чаще всего как осложнение острых заболеваний органов брюшной полости (аппендицита, холецистита и др.) и при повреждении брюшной стенки вследствие попадания в нее чужеродных микробов. Воспаление брюшины может быть локальным и разлитым, последнее, особенно опасное для жизни, протекает тяжело и требует сложных лечебных мероприятий.

Симптомы. Сильная боль по всему животу, напряжение и болезненность его мышц, задержка кишечных газов и стула, парез кишечника, рвота. Больной принимает вынужденное положение. Кожные покровы бледные. Черты лица заостряются, глаза впадают. Пульс частый — до 140 ударов в минуту. Температура тела повышена. Дыхание частое, поверхностное.

Первая помощь. При появлении острых болей в животе больного укладывают в постель. Ни в коем случае нельзя его кормить, поить, давать лекарства, ставить грелки — все это способствует распространению воспалительного

процесса. Госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Профилактика. Своевременное лечение органов брюшной полости.

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки развивается у лиц, страдающих язвенной болезнью. Причины ее многообразны, но определенную роль играют неправильное питание, курение, нервное перенапряжение, наследственная предрасположенность. Обострение болезни возникает обычно весной и осенью и длится 1—2 месяца. Прободение стенки желудка или двенадцатиперстной кишки — наиболее грозное осложнение язвенной болезни.

Симптомы. Внезапная, резкая («кинжальная») боль в животе. Человек принимает вынужденное положение — ложится на бок и избегает малейшего движения. Кожные покровы бледные, выступает мелкий липкий пот. Пульс частый. При ощупывании живота — мышцы резко напряжены и болезненны. По мере развития перитонита состояние ухудшается: учащается пульс, снижается артериальное давление, дыхание становится поверхностным.

Первая помощь. Полный покой. Есть, пить и принимать болеутоляющие средства нельзя. Госпитализация в хирургическое отделение (требуется экстренная операция). Транспортировка на носилках в положении лежа.

Профилактика. Своевременное лечение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ущемленная грыжа. Грыжа — выпячивание

органа и
мических
мичное и
ны и по
является
нарушен
Наибо.

среди кот
через пах
репный
кольцо; б
в области
нижневпи
строения т
псходит в
лым физич
так как по
брюшного
ется и осла

Самым
ется ее уще
ка в грыже
пом органе
функции его
ледующему
временно п
ритонит.

Ущемляю
ренные, пу
Паховые — ч
бедренные —
Симпто
области грыж

органа или его части через отверстие в анатомических образованиях под кожу, в межмышечное пространство или во внутренние карманы и полости. Непременным условием грыжи является выходение внутренних органов без нарушения оболочки — брюшины, плевры и т. д.

Наиболее распространены брюшные грыжи, среди которых различают паховые, выходящие через паховый канал; бедренные — через бедренный канал; пупочные — через пупочное кольцо; белой линии живота — через дефекты в области средней линии живота и т. д. Возникновение грыж обусловлено особенностями строения тех участков тела, через которые происходит выпячивание грыжевого мешка, тяжелым физическим трудом, часто беременностью, так как под воздействием повышенного внутрибрюшного давления брюшная стенка истончается и ослабляется.

Самым грозным осложнением грыжи является ее ущемление — сдавление грыжевого мешка в грыжевых воротах. При этом в ущемленном органе расстраивается кровообращение, функции его нарушаются, что приводит к последующему омертвлению. Если ущемление своевременно не устранено, может начаться перитонит.

Ущемляются преимущественно паховые, бедренные, пупочные, диафрагмальные грыжи. Паховые — чаще всего у мужчин, пупочные и бедренные — у женщин.

Симптомы. Резкая, внезапная боль в области грыжи. Тошнота, рвота, задержка сту-

да и кишечных газов. Грыжевое выпячивание уплотнено и увеличено. Передко возникают признаки острой кишечной непроходимости. На более поздних этапах развиваются симптомы нарастающей интоксикации: повышается температура, учащается пульс.

Первая помощь. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение. Во избежание осложнений (разрыв органа, перитонит) никаких вправлений ущемленной грыжи не производят. Транспортировка на носилках в положении лежа.

Профилактика. Активные занятия физкультурой и спортом способствуют укреплению мышц брюшного пресса, закаливание организма, правильное чередование физической работы и отдыха. Предупреждению ущемления способствует оперативное лечение неосложненной грыжи. Песечение грыжи — операция несложная и дает хорошие результаты.

* * *

Мы закончили разговор о наиболее часто встречающихся заболеваниях и повреждениях хирургического профиля. Если случилось несчастие, а врача рядом нет, все равно остается надежда на спасение. Не случайно Всемирная организация здравоохранения ориентирует население мира на овладение элементарными приемами оказания первой помощи — от нашей расторопности, от нашего умения зависит порой человеческая жизнь. Давайте же помнить об этом всегда.

ОГЛАВ

От авто
«03» сл
Шаг на
Жизнь
Знать, г
«Острый

ОГЛАВЛЕНИЕ

От авторов	3
«03» слушает	5
Шаг навстречу	13
Жизнь после смерти	21
Знать, где упасть...	33
«Острый живот»	68

Борис Дмитриевич Комаров
Виктор Михайлович Лыков

ПОКА «СКОРАЯ» В ПУТИ

Редактор Е. З. Абоева
Художественный редактор И. И. Рыбченко
Технический редактор И. И. Капитонова
Корректор Н. Д. Бучарова

ИБ № 4644

Сдано в набор 19.11.84. Подп. в печать 06.05.85. А11236.
Формат 70×90¹/₃₂. Бумага типографская № 1. Гарнитура обыкновенная новая. Печать высокая. Усл. п. л. 2,93. Усл. кр.-отт. 3,08. Уч. изд. л. 2,68. Тираж 200.000 экз. Заказ № 7. Цена 15 к. Изд. инд. НА-252.

Ордена «Знак Почета» издательство «Советская Россия» Государственного комитета РСФСР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 103012, Москва, проезд Сапунова, 13/15.

Книжная фабрика № 1 Росглавполиграфпрома Государственного комитета РСФСР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 144003, г. Электросталь Московской области, ул. им. Тевосяна, 25.



15 к.

В серии «Искусство быть здоровым» издательство «Советская Россия» готовит к выпуску следующие книги:

Яглов В. В. Регуляторы жизни.

Каковы современные научные представления об эндокринной системе организма? Как функционируют железы внутренней секреции и каким они подвержены заболеваниям? Почему гормоны называют «регуляторами жизни»? Какие вредные привычки оказывают особенно сильное влияние на эндокринную систему и каким образом поддерживать ее здоровой? На все эти и многие другие вопросы читатель найдет ответ в брошюре доктора медицинских наук, специалиста в области эндокринологии.

Шатерников В. А. Питание и здоровье.

Рациональное питание — непременное условие бодрости, долголетия. Именно поэтому ученые, в частности сотрудники Института питания АМН СССР, уделяют самое пристальное внимание разработке рационально обоснованных норм потребления пищи, определению ее калорийности, установлению факторов риска при переизбыточном питании.

Книга члена-корреспондента АМН СССР В. А. Шатерникова и расскажет об основах и принципах потребления пищи, благоприятствующих сохранению здоровья.

МОСКВА
• СОВЕТСКАЯ
РОССИЯ •



15 к.

МОСКВА
«СОВЕТСКАЯ
РОССИЯ»

В серии «Искусство быть здоровым» издательство «Советская Россия» готовит к выпуску следующие книги:

Яглов В. В. Регуляторы жизни.

Каковы современные научные представления об эндокринной системе организма? Как функционируют железы внутренней секреции и каким они подвержены заболеваниям? Почему гормоны называют «регуляторами жизни»? Какие вредные привычки оказывают особенно сильное влияние на эндокринную систему и каким образом поддерживать ее здоровой? На все эти и многие другие вопросы читатель найдет ответ в брошюре доктора медицинских наук, специалиста в области эндокринологии.

Шатерников В. А. Питание и здоровье.

Рациональное питание — непременное условие бодрости, долголетия. Именно поэтому ученые, в частности сотрудники Института питания АМН СССР, уделяют самое пристальное внимание разработке рационально обоснованных норм потребления пищи, определению ее калорийности, установлению факторов риска при перенасыщенном питании.

Книга члена-корреспондента АМН СССР В. А. Шатерникова и расскажет об основах и принципах потребления пищи, благоприятствующих сохранению здоровья.